

第123回社会保障審議会医療保険部会 議事次第

令和元年12月25日(水)
16時00分～18時00分
場所：全国都市会館

(議 題)

1. オンライン資格確認等の普及に向けた取組状況について
2. 被用者保険の適用拡大について
3. 全世代型社会保障検討会議の議論について(報告)
4. 新経済・財政再生計画 改革工程表2019について(報告)
5. 令和2年度予算案(保険局関係)の主な事項について(報告)

(配布資料)

- 資料 1 オンライン資格確認等の普及に向けた取組状況について
資料 2 被用者保険の適用拡大について
資料 3 全世代型社会保障検討会議 中間報告
資料4-1 新経済・財政再生計画 改革工程表2019(概要)
資料4-2 新経済・財政再生計画 改革工程表2019(社会保障部分抜粋)
資料 5 令和2年度予算案(保険局関係)の主な事項

- 参考資料1-1 全世代型社会保障検討会議について
参考資料1-2 全世代型社会保障検討会議(第4回)資料
参考資料1-3 全世代型社会保障検討会議(第4回)議事録
参考資料2 令和2年度予算案(保険局関係)参考資料

委員提出資料 佐野委員提出資料

第123回 社会保障審議会医療保険部会

令和元年12月25日(水) 16:00~18:00

全国都市会館 大ホール

○
速記

秋山委員 ○
 横幕審議官 ○
 濱谷局長 ○
 遠藤部会長 ○
 部菊会長代理池 ○
 八神審議官 ○
 横尾委員 ○
 森委員 ○

安藤委員 ○									○松原委員
池端委員 ○									○前葉委員
石上委員 ○									○堀委員
兼子委員 ○									○藤原委員 (井上参考人)
佐野委員 ○									○藤井委員
菅原委員 ○									○原委員
									○林委員

○仲津留課長	○込山課長	○熊木課長	○姫野課長	○宮崎課長	○山下課長	○山田室長	○新畑室長	○田中室長	○樋口室長

総務課	木村企画官	深谷室長	荻原推進官	保険課	総務課	連携課	岡田室長	小椋管理官	田宮管理官

傍聴者席

社会保障審議会医療保険部会 委員名簿

令和元年12月25日

あきやま ともや 秋山 智弥	日本看護協会副会長
あんどう のぶき 安藤 伸樹	全国健康保険協会理事長
いけばた ゆきひこ 池端 幸彦	日本慢性期医療協会副会長
いしがみ ちひろ 石上 千博	日本労働組合総連合会副事務局長
いちのせ まさた 一瀬 政太	全国町村会理事／長崎県波佐見町長
えんどう ひさお ◎ 遠藤 久夫	国立社会保障・人口問題研究所所長
おざき まさなお 尾崎 正直	前高知県知事
かねこ ひさし 兼子 久	全国老人クラブ連合会理事
きくち よしみ ○ 菊池 馨実	早稲田大学大学院法学研究科長
さの まさひろ 佐野 雅宏	健康保険組合連合会副会長
すがはら たくま 菅原 琢磨	法政大学経済学部教授
はやし まさずみ 林 正純	日本歯科医師会常務理事
はら かつのり 原 勝則	国民健康保険中央会理事長
ひぐち けいこ 樋口 恵子	NPO法人高齢社会をよくする女性の会理事長
ふじい りゅうた 藤井 隆太	日本商工会議所社会保障専門委員会委員
ふじわら ひろゆき 藤原 弘之	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
ほり まなみ 堀 真奈美	東海大学健康学部長
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
まつばら けんじ 松原 謙二	日本医師会副会長
もり まさひら 森 昌平	日本薬剤師会副会長
よこお としひこ 横尾 俊彦	全国後期高齢者医療広域連合協議会会長／多久市長

◎印は部会長、○印は部会長代理である。

(五十音順)

オンライン資格確認等の普及に向けた取組状況について

<目次>

1. オンライン資格確認等の普及に向けた支払基金の業務規定の追加について…… 1
- 2 – 1. 薬剤情報等の閲覧方法について…… 9
- 2 – 2. 薬剤情報の開示の範囲について…… 15
- 2 – 3. 特定健診データ等の保険者間引き継ぎの同意の在り方について…… 23
- 2 – 4. 特定健診データ等のマイナポータルによる閲覧等の仕組みの構築に向けた現在の検討状況について…… 29
3. オンライン資格確認等の運用コストの試算について（報告）…… 32

令和元年12月25日
保険局医療介護連携政策課

1. オンライン資格確認等の普及に向けた支払基金の業務規定の追加について

1. オンライン資格確認等の普及に向けた支払基金の業務規定の追加について

(1) 医療情報化支援基金（マイナンバーカード保険証利用等）について

令和2年度予算案：768億円
 (令和元年度所要額(公費)：300億円)

現状及び課題

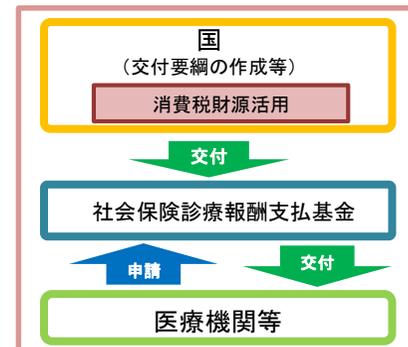
- 技術革新が進む中で、医療分野においてもICTを積極的に活用し、効率的かつ質の高い医療提供体制を構築していくことが急務である。このため、令和元年度において、医療情報化支援基金を創設し、医療分野におけるICT化を支援する。「地域における医療及び介護の総合的な確保の促進に関する法律」を改正。令和元年10月1日施行)

【対象事業】

- ・ 当該基金の対象事業として、次の2つを予定している。(令和元年度予算:300億円、令和2年度予算案:768億円)
 - ① オンライン資格確認の導入に向けた医療機関・薬局のシステム整備の支援
 - ② 電子カルテの標準化に向けた医療機関の電子カルテシステム等導入の支援

【支援スキーム】

- ・ 当該基金は、社会保険診療報酬支払基金(支払基金)に造成する。
- ・ システム整備を行った医療機関等は、支払基金に対し申請を行い、一定の要件を満たすシステム整備だと判断されれば、その整備費用の一部を医療情報化支援基金の資金によって補助するというスキームになる。



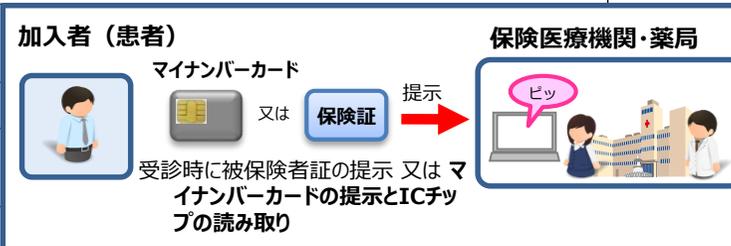
- 「マイナンバーカードの普及とマイナンバーの利活用の促進に関する方針」(デジタル・ガバメント閣僚会議令和元年6月3日決定)において、「医療情報化支援基金も活用し、令和4年度中に概ね全ての医療機関での導入を目指すこととし、…また、小規模診療所等への利用支援、重点的な補助等について、検討する」とされた。

今後の方針

- 令和3(2021)年3月からのオンライン資格確認の運用開始に向けて、具体的な支援内容等について検討を進める。

■ マイナンバーカードの健康保険証としての医療機関等の利用環境整備に係る全体スケジュール(令和元年9月デジタル・ガバメント閣僚会議決定)

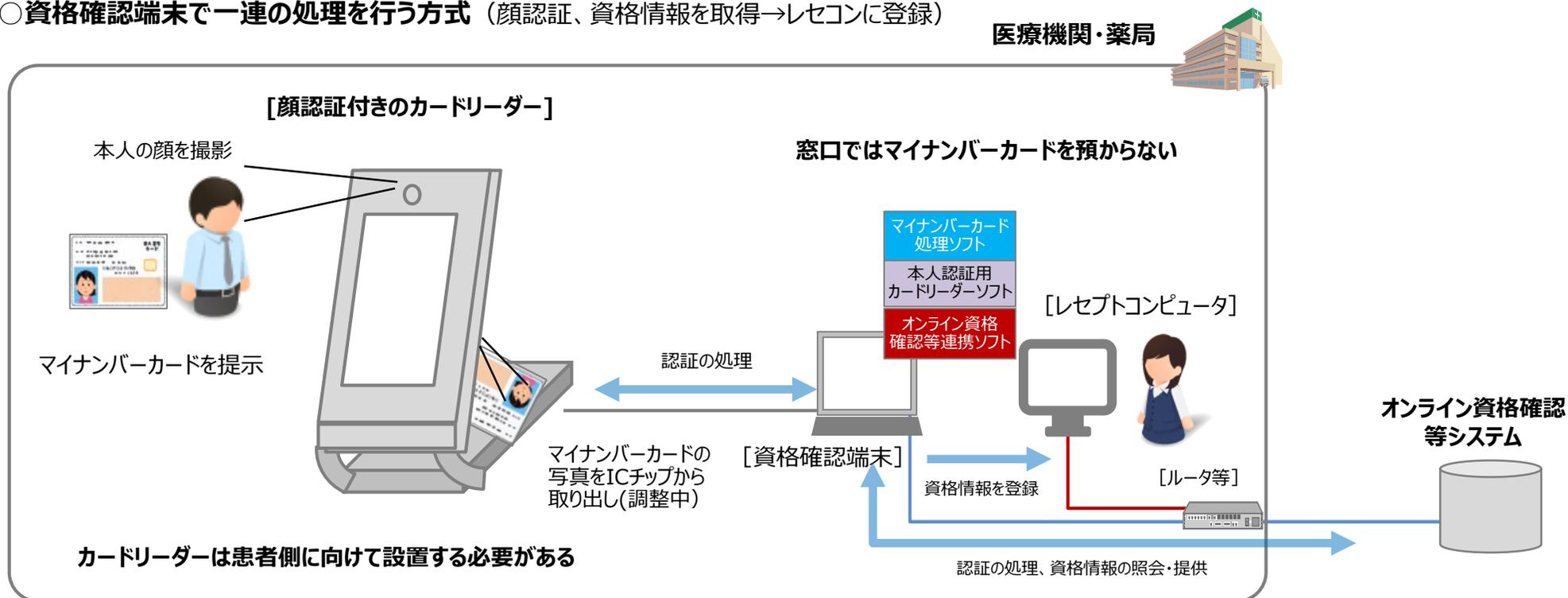
2019年10月	「医療情報化支援基金」設置、医療機関等におけるシステムの検討を継続
2020年8月	詳細な仕様の確定、各ベンダのソフト開発を受け、医療機関等におけるシステム整備開始
2021年3月末	健康保険証利用の本格運用 医療機関等の6割程度での導入を目指す
2021年10月	マイナポータルでの薬剤情報の閲覧開始
2022年3月末	2022年診療報酬改定に伴うシステム改修時 医療機関等の9割程度での導入を目指す
2023年3月末	概ね全ての医療機関等での導入を目指す



(2) 資格確認端末と顔認証付きカードリーダー（イメージ）

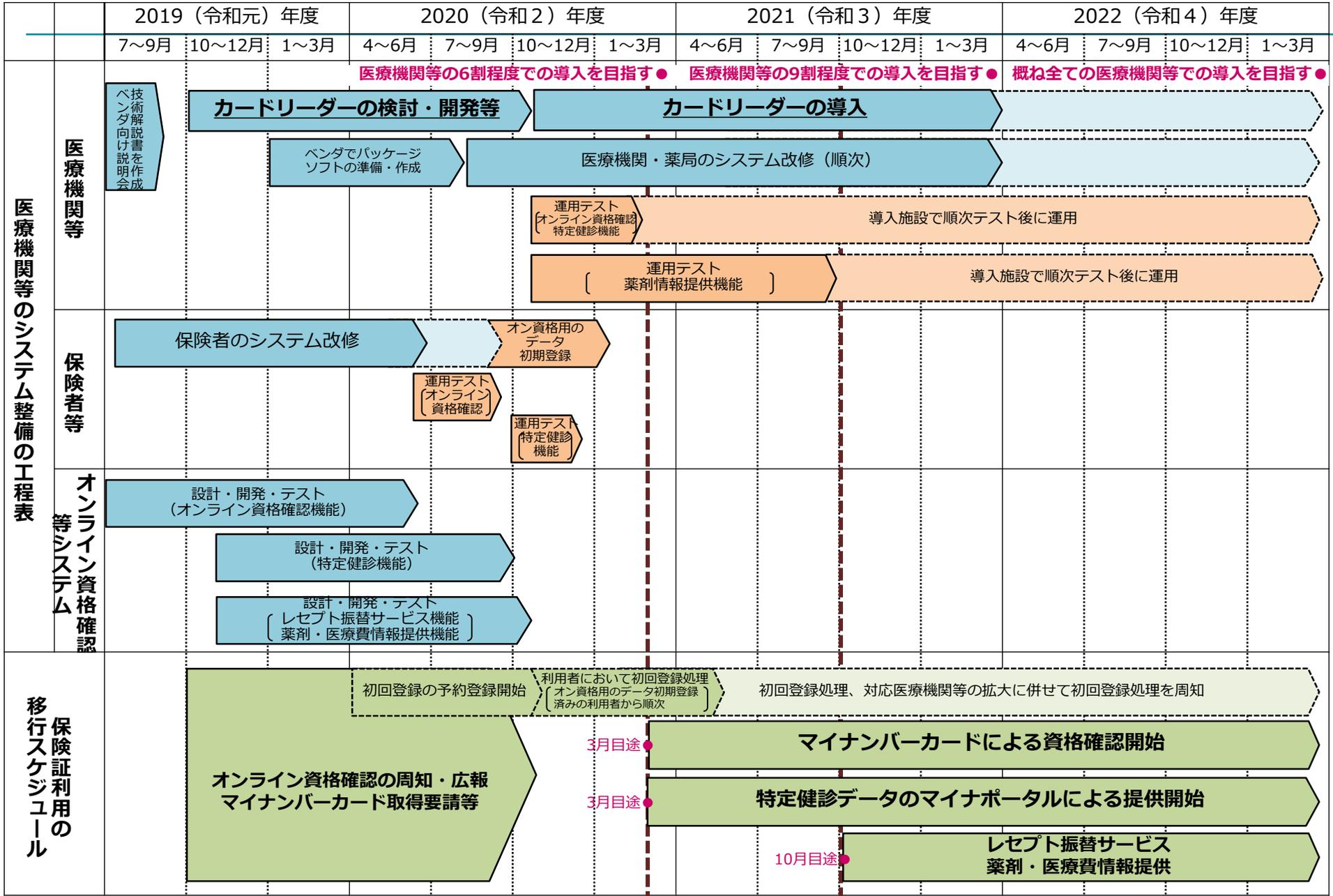
- 医療機関等の窓口では、マイナンバーカードを預からない運用としている。顔写真の確認について目視ではなく端末で読み取る場合は、マイナンバーカードの読み取りを行うカードリーダーは患者側に向けて設置し、資格確認端末（アプリケーション等が組み込まれた端末）でカードリーダーでの認証処理を行う方法が想定される。 ※マイナンバーカードの顔写真を目視で確認する運用も可能である。

○資格確認端末で一連の処理を行う方式（顔認証、資格情報を取得→レセコンに登録）



※PIN無し認証を行うため、カードリーダー1台に対し資格確認端末1台が必要。（カードリーダーが複数台必要な場合は、資格確認端末も複数台必要。）

(3) 医療機関等のシステム整備の工程表・保険証利用の移行スケジュール



(4) 論点

【背景】

- 顔認証付きカードリーダーは、PIN無し認証による資格確認や、案内文のディスプレイ上表示ができることなどのメリットがある。加えて、マイナンバーカードの健康保険証利用に向けた環境整備については、「マイナンバーカードの普及とマイナンバーの利活用の促進に関する方針（令和元年6月4日デジタル・ガバメント閣僚会議決定）」において、マイナンバーカードの初回登録の手続として令和3年3月から医療機関等の窓口における本人確認（顔認証方式）による登録処理を進めることとされた。
- 令和3年3月からの顔認証方式による本人確認を進めるためには、顔認証付きカードリーダーの導入が不可欠であり、可能な限りその端末単価を抑え、医療機関等の負担感を軽減し、医療機関等に広く普及するための施策を講ずる必要がある。
- この点、社会保険診療報酬支払基金（以下「支払基金」という。）は、医療情報化支援基金を設け、医療機関等情報化補助業務として、医療機関等の行うオンライン資格確認の実施に必要な読み取り端末やシステム整備に要する費用を補助することとしている。



【論点】

- 顔認証付きカードリーダーの端末単価を抑え、医療機関等に広く普及するための方策として、支払基金が医療機関等にカードリーダーの購入に要した費用を補助するのではなく、支払基金が一括して顔認証付きカードリーダーを購入し、医療機関等に提供することが考えられる。
- これにより、①費用の補助と比べ、医療機関側の負担感が抑えられ、幅広く速やかな普及ができること、②医療機関等がベンダと直接やりとりをせずに済み、端末価格も抑えやすくなること、が期待される。
- しかしながら、現行の医療機関等情報化補助業務に関する規定では上記事務を行うことはできないと考えられることから、どのように対応するか検討が必要である。

(5) 対応案

- 支払基金が顔認証付きカードリーダーを調達し、医療機関等に提供する業務を当面の間行えるよう、医療機関等情報化補助業務に当該業務を追加する。
- 医療機関等情報化補助業務として追加の業務規定を設けるため、次期常会に提出予定の法案に盛り込む方向で検討を進める。

○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（医療介護総合確保法）（平成元年法律第64号）

（支払基金の業務）

第二十三条 社会保険診療報酬支払基金（以下「支払基金」という。）は、社会保険診療報酬支払基金法(昭和二十三年法律第百二十九号)第十五条に規定する業務のほか、第一条に規定する目的を達成するため、次に掲げる業務を行う。

- 一 健康保険法（大正十一年法律第七十号）第六十三条第三項各号に掲げる病院若しくは診療所若しくは薬局又は同法第八十八条第一項に規定する指定訪問看護事業者（以下「医療機関等」という。）が行う地域において効率的かつ質の高い医療提供体制を構築するための医療機関等の提供する医療に係る情報化の促進に要する費用を補助する業務
- 二 前号に掲げる業務に附帯する業務

（業務方法書）

第二十四条 支払基金は、前条各号に掲げる業務（以下「医療機関等情報化補助業務」という。）に関し、当該業務の開始前に、業務方法書を作成し、厚生労働大臣の認可を受けなければならない。これを変更するときも、同様とする。

- 2 前項の業務方法書に記載すべき事項は、厚生労働省令で定める。

（医療情報化支援基金）

第三十一条 支払基金は、医療機関等情報化補助業務に要する費用に充てるために医療情報化支援基金を設け、第五項の規定により交付を受けた補助金をもってこれに充てるものとする。

- 2 医療情報化支援基金の運用によって生じた利子その他の収入金は、医療情報化支援基金に充てるものとする。
- 3 支払基金は、次の方法によるほか、医療情報化支援基金に係る余裕金を運用してはならない。
 - 一～三 （略）
- 4 厚生労働大臣は、前項第一号又は第二号の指定をしようとするときは、あらかじめ、財務大臣に協議しなければならない。
- 5 政府は、予算の範囲内において、支払基金に対し、医療情報化支援基金に充てる資金を補助することができる。
- 6 前項の規定により政府が交付する補助金の財源については、社会保障の安定財源の確保等を図る税制の抜本的な改革を行うための消費税法の一部を改正する等の法律の施行により増加する消費税の収入をもって充てるものとする。

マイナンバーカードの普及とマイナンバーの利活用の促進に関する方針(令和元年6月4日 デジタル・ガバメント閣僚会議決定)(抄)

(2) マイナンバーカードの健康保険証利用に向けた環境整備

① 医療機関側の健康保険証利用のための読み取り端末、システム等の早期整備等

マイナンバーカードの健康保険証利用について、円滑な移行を図り、被保険者の診療の制約につながらないようにするためには、医療機関側においてマイナンバーカードの健康保険証利用のための読み取り端末、システム等の早期整備が必要である。

このため、医療情報化支援基金も活用し、令和4年度中に概ね全ての医療機関での導入を目指すこととし、具体的な工程表について、関係団体、地方公共団体、所管官庁等による協議を進め、8月を目途に公表する。また、小規模診療所等への利用支援、重点的な補助等について、検討する。

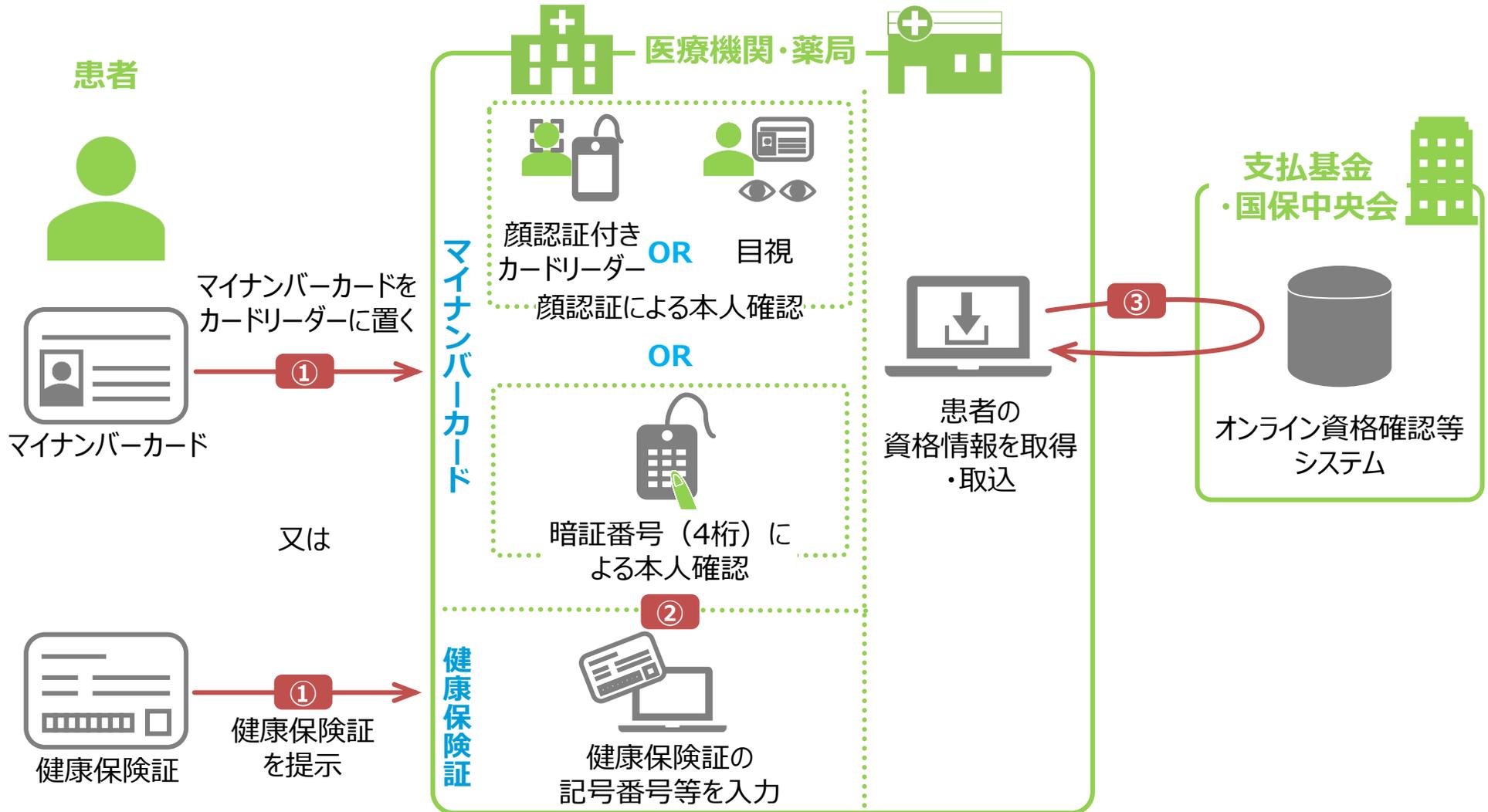
③ 円滑な移行等

マイナンバーカードの健康保険証利用については、被保険者の診療の制約につながらないよう、利用環境の早期整備等に取り組む。

また、マイナンバーカードの健康保険証としての利用のための初回登録等の手続の簡素化を図る。具体的には、令和2年4月より、マイナンバーカード交付時におけるマイナポータルを通じた健康保険証利用に係る予約同意による一括処理を進めるとともに、令和3年3月からは、一定の病院等の窓口における本人確認(顔認証方式)による登録処理を進める。さらに、初回登録等の手続における直接的なメリットの付与の在り方(ポイント等)についても、検討する。(略)

オンライン資格確認の本人確認の仕方

オンライン資格確認では、マイナンバーカードのICチップまたは健康保険証の記号番号等により、オンラインで資格情報の確認ができます。



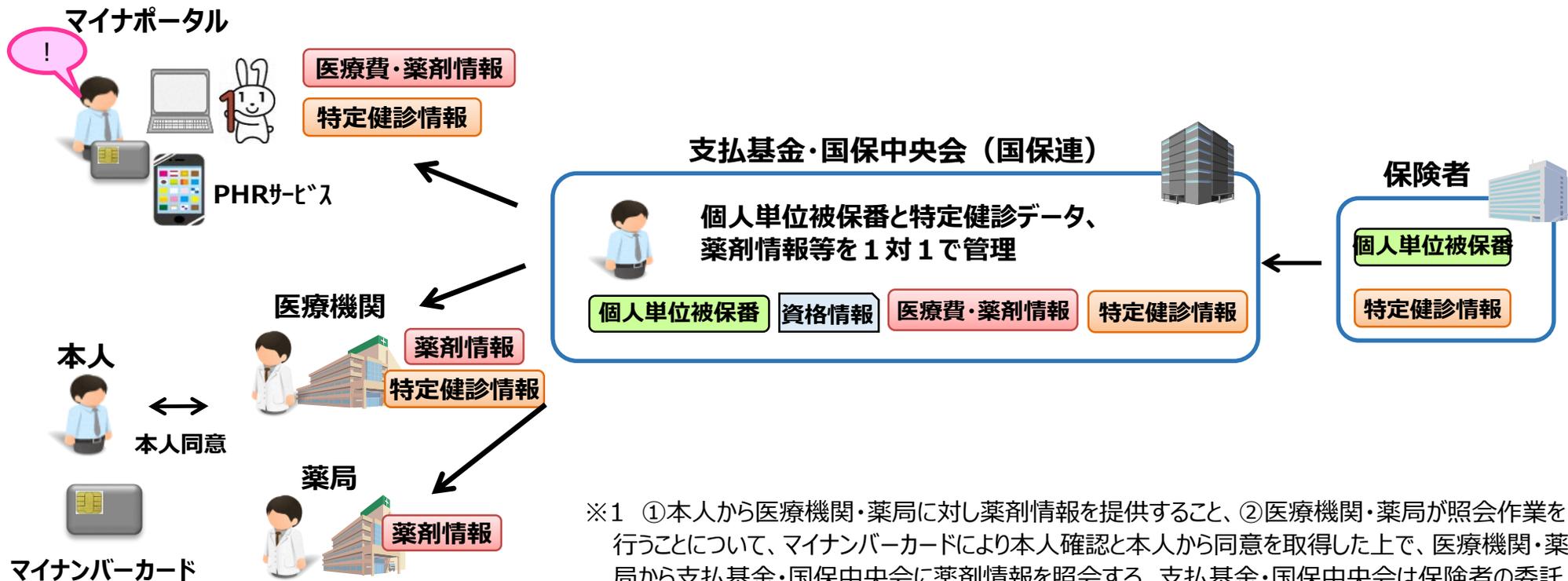
2 - 1. 薬剤情報等の閲覧方法について

2-1. 薬剤情報等の閲覧方法について

(1) 薬剤情報・特定健診情報等の照会・提供サービスのイメージ

【導入により何がかわるのか】

- 患者本人や医療機関等において、薬剤情報や特定健診情報等の経年データの閲覧が可能。
⇒ 加入者の予防・健康づくり等が期待できる。

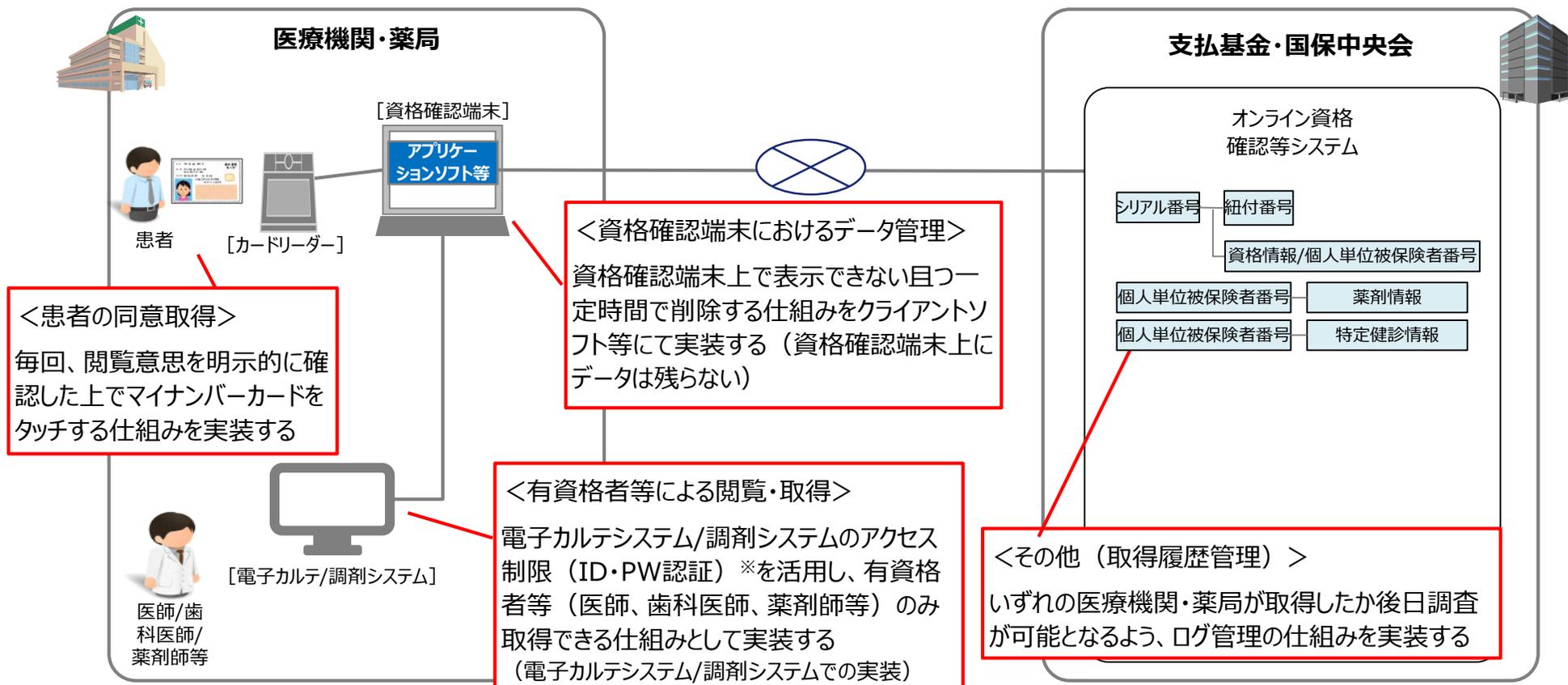


※1 ①本人から医療機関・薬局に対し薬剤情報を提供すること、②医療機関・薬局が照会作業を行うことについて、マイナンバーカードにより本人確認と本人から同意を取得した上で、医療機関・薬局から支払基金・国保中央会に薬剤情報を照会する。支払基金・国保中央会は保険者の委託を受けてオンラインで薬剤情報を回答する。

※2 医療機関・薬局における本人確認と本人同意の取得の履歴管理は、オンライン資格確認等システムにより、マイナンバーカードの電子証明書を用いて行う。

（2）安全に閲覧するための方法について

- 薬剤情報・特定健診情報の閲覧に際しては、同意意思を明示的に確認した上でマイナンバーカードによる本人確認をしていたことにより、**患者本人からの同意取得を毎回行う**ことをシステム上で担保する。（過去に知り得た被保険者番号を悪用した取得等ができないような仕組み）
- また、資格確認端末上で表示できない仕組みや電子カルテ/調剤システムに原則導入済みの仕組み（アクセス制限）により、**有資格者等のみが取得できる**ことをシステム上で担保する。（受付職員による取得等ができないような仕組み）



※ 薬局には特定健診情報を提供しない。

※ 「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン（第5版）」では、ID・パスワードのみによる認証ではその運用によってリスクが大きくなること、2つの独立した要素を用いて行う方式（2要素認証）を採用することが望ましいこと、今後認証に係る技術の端末への実装状況等を考慮し出来るだけ早期に2要素認証に対応すること、とされている。今後とも認証に係る技術の端末への実装状況等を考慮することが必要。

（3） 災害時における対応について

【通常時：マイナンバーカードによる厳格な本人確認を実施】

- 医療機関等で薬剤情報・特定健診情報を閲覧するには、本人についてマイナンバーカードにて厳格な本人確認を行い、本人同意を得た場合に限ることとしている。
- これは、薬剤情報・特定健診情報が、権限の無い第三者に閲覧されないよう厳格なアクセス制御をかけ、もって国民のこれらの情報の機密性を確保する（漏えいを防止する）ことを目的としている。



【論点：災害時における特別措置について】

- 地震などの災害時には、患者が普段飲んでいいる薬剤を紛失等し、医療機関等で薬剤名を特定する必要性が生じる場合や、各種検査の速やかな実施が困難な場合が想定される。
 - しかしながら、災害時には、マイナンバーカードを紛失する者やマイナンバーカードを未取得の者がいることも想定されることから、閲覧の必要性及び緊急性が高い場合には、特別措置として、災害の規模等に応じて、医療機関・薬局の範囲及び期間を限定して、マイナンバーカードを紛失等した場合であっても別途患者の同意を取得した上で、閲覧を可能とする（支払基金において予めシステム対応を講ずることが必要となる。）。
 - マイナンバーカードによる本人確認を不要とする場合、権限のない者の閲覧に対する対策が必要。
- ※ 従来より、災害時（災害救助法の適用を受けた場合など）には、厚生労働省保険局から事務連絡が発出され、被災地では患者は健康保険証を提示しなくても保険医療機関を受診できるとする取扱いを講じている。（この特例は金銭に関するものであるが、今般の特例は個人情報に関するものであり、その性質が異なる。）

利用が想定される場合のイメージ

医療機関等：被災地及びその周辺地域で、被害が比較的少ない※医療機関等

※電源供給や設備に問題がなく、オンライン資格確認等システムが稼働している状況を想定

患者：被害が大きい地域から、
①避難してきて、受診したことのない医療機関を受診する者
②救急搬送されてきた者

災害時の運用イメージ案

- * 患者本人がマイナンバーカードを持参していない場合、本人確認を行った上で、別途同意を取得する（患者の意思を確認できない状態において患者の生命及び身体の保護のために必要がある場合を除く。）
- * 閲覧者は、有資格者等（医師、歯科医師、薬剤師等）と災害時に閲覧権限が与えられた者とする。
- * 電子カルテシステム/調剤システム上だけでなく、資格確認端末上でも薬剤情報・特定健診情報を表示可能とする。
- * 「災害時の特例的な運用であること」、「閲覧のログが残ること」を入力画面でポップアップ等で明示。

【照会方法の例】

当該患者の①氏名、②生年月日、③性別、④保険者名称又は患者の住所（※¹）の一部を確認（※²）し、資格確認端末に入力。

①～④の情報からオンライン資格確認システムで被保険者番号等を特定した上で、被保険者番号をキーに薬剤情報・特定健診情報を照会する。

（※¹）目的外での閲覧や誤って他の者の情報を閲覧することを防ぐため、①～④のすべての入力を必須とする。ただし、④については、保険者名称や住所の部分一致で可能とする。

（例） 保険者名称の場合：「〇〇健康保険組合△△支部」であれば「〇〇」

患者の住所の場合：「東京都中野区鷺宮1-1-…」であれば「中野」や「鷺宮」のいずれでも可

患者の被保険者番号を特定せずに薬剤情報・特定健診情報を照会することは、システム上対応不可。

（※²）患者本人が意識不明等で①～④情報が確認できない場合、患者が保持している運転免許証の情報や家族からの聞き取りで対応可能。

→ 災害時の事務の特性を踏まえつつ、詳細な事務フロー等の検討を続ける

○経済財政運営と改革の基本方針2019 ～「令和」新時代：「Society 5.0」への挑戦～

(令和元年6月21日閣議決定)

第3章 経済再生と財政健全化の好循環

2. 経済・財政一体改革の推進等

(2) 主要分野ごとの改革の取組

① 社会保障

(医療・介護制度改革)

(i) 医療・福祉サービス改革プランの推進

(略)

レセプトに基づく薬剤情報や特定健診情報といった患者の保健医療情報を、患者本人や全国の医療機関等で確認できる仕組みに関し、特定健診情報は2021年3月を目途に、薬剤情報については2021年10月を目途に稼働させる。 (略)

2 - 2 . 薬剤情報の開示の範囲について

2-2. 薬剤情報の開示の範囲について

（1）論点

令和3年10月よりオンライン資格確認等システムを用いて、薬剤情報を閲覧できるよう準備を進めているが、マイナポータル等を通じて患者に対して情報提供する薬剤の範囲について検討する。

【現行】

- 個人情報保護法第28条第2項では、個人情報取扱事業者は、本人から、当該本人が識別される保有個人データの開示を求められたときは、本人に対し、当該保有個人データを開示しなければならないとされる。ただし、開示することにより同項の各号のいずれかに該当する場合は、その全部又は一部を開示しないことができるとされる。
- このため、現行では、保険者に対しレセプトの開示請求があった場合、記載事項によっては本人又は第三者の生命、身体、財産その他の権利利益を害するおそれがあるものが含まれている可能性があることから、その全てを開示する場合には保険者が診療等を担当した保険医療機関等に確認した上で、開示を行っている。
- また、本人又は第三者の生命、身体、財産その他の権利利益を害するおそれがない記載事項（※）のみの開示請求の場合には、保険者は保険医療機関等に確認をとらずに開示を行っている。あわせて、確認をとる場合との均衡に配慮し、事後的に保険医療機関等に開示した旨通知を行う取り扱いとしている。

※ 傷病名欄、摘要欄、医学管理欄、全体のその他欄、処置・手術欄中のその他欄及び症状詳記欄を伏せた開示請求の場合。



【オンライン資格確認等システムの稼働後】

- レセプト情報から薬剤情報が自動的に抽出されて患者本人に提供されるため、現行の取り扱いのままでは、薬剤情報の閲覧のたびに開示請求や記載事項によって医療機関等において事前確認が必要となることから、保険者及び医療機関等（主治医）側の事務フローが困難。

(2) 対応案

マイナポータル等を通じて閲覧することができる薬剤情報（医科レセプト・歯科レセプト・調剤レセプト）は、医療機関が患者に情報を提供することとされている範囲（療担規則第5条の2等の規定によって交付される明細書に記載される情報と同様のもの）とし、その仕組みを新たに省令に位置付け、情報提供する。

<対応案>

- 療担規則第5条の2等の規定に基づき、医療機関等においては、医療の透明性の確保の観点から、既に投薬等に係る薬剤の名称や診療報酬点数を記載した明細書の交付が義務付けられている。
- 今般、マイナポータル等を通じて閲覧することができる薬剤情報は、この療担規則第5条の2等の規定によって交付される明細書に記載される情報と同様のものとし、その仕組みを新たに省令に位置付けることとする。

<個人情報保護法との関係について>

- 個人情報保護法第28条第4項において、本人に対し第2項本文に規定する方法に相当する方法により個人情報の全部又は一部を開示することとされている場合には、第1項及び第2項の規定は、適用しないこととされている。
- 薬剤情報の閲覧の仕組みを設けるに当たっては、個々の請求に基づき開示を行う等とした場合その運用が困難となることから、個人情報保護法第28条第4項に規定する「他の法令の規定」を新たに設け、個人情報保護法の開示請求に基づくことなく、被保険者又は被扶養者からの求めに応じ、薬剤情報を閲覧することができる仕組みを設ける方向（省令改正）で検討する。

※ なお、DV・虐待等被害者から保険者に申出等があった場合は、薬剤情報をはじめ全情報の提供及び閲覧を一律不可とする。

○個人情報の保護に関する法律（平成15年法律第57号）

（適正な取得）

第十七条（略）

2 個人情報取扱事業者は、次に掲げる場合を除くほか、あらかじめ本人の同意を得ないで、要配慮個人情報を取得してはならない。一 法令に基づく場合

二 人の生命、身体又は財産の保護のために必要がある場合であって、本人の同意を得ることが困難であるとき。

三 公衆衛生の向上又は児童の健全な育成の推進のために特に必要がある場合であって、本人の同意を得ることが困難であるとき。

四 国の機関若しくは地方公共団体又はその委託を受けた者が法令の定める事務を遂行することに対して協力する必要がある場合であって、本人の同意を得ることにより当該事務の遂行に支障を及ぼすおそれがあるとき。

五 当該要配慮個人情報が、本人、国の機関、地方公共団体、第七十六条第一項各号に掲げる者その他個人情報保護委員会規則で定める者により公開されている場合

六 その他前各号に掲げる場合に準ずるものとして政令で定める場合

（第三者提供の制限）

第二十三条 個人情報取扱事業者は、次に掲げる場合を除くほか、あらかじめ本人の同意を得ないで、個人データを第三者に提供してはならない。一 法令に基づく場合

二 人の生命、身体又は財産の保護のために必要がある場合であって、本人の同意を得ることが困難であるとき。

三 公衆衛生の向上又は児童の健全な育成の推進のために特に必要がある場合であって、本人の同意を得ることが困難であるとき。

四 国の機関若しくは地方公共団体又はその委託を受けた者が法令の定める事務を遂行することに対して協力する必要がある場合であって、本人の同意を得ることにより当該事務の遂行に支障を及ぼすおそれがあるとき。

2～6（略）

（開示）

第二十八条 本人は、個人情報取扱事業者に対し、当該本人が識別される保有個人データの開示を請求することができる。2 個人情報取扱事業者は、前項の規定による請求を受けたときは、本人に対し、政令で定める方法により、遅滞なく、当該保有個人データを開示しなければならない。ただし、開示することにより次の各号のいずれかに該当する場合は、その全部又は一部を開示しないことができる。一 本人又は第三者の生命、身体、財産その他の権利利益を害するおそれがある場合

二 当該個人情報取扱事業者の業務の適正な実施に著しい支障を及ぼすおそれがある場合

三 他の法令に違反することとなる場合

3（略）

4 他の法令の規定により、本人に対し第二項本文に規定する方法に相当する方法により当該本人が識別される保有個人データの全部又は一部を開示することとされている場合には、当該全部又は一部の保有個人データについては、第一項及び第二項の規定は、適用しない。

○保険医療機関及び保険医療養担当規則（昭和32年厚生省令第15号）

（一部負担金等の受領）

第五条 保険医療機関は、被保険者又は被保険者であつた者については法第七十四条の規定による一部負担金、法第八十五条に規定する食事療養標準負担額（同条第二項の規定により算定した費用の額が標準負担額に満たないときは、当該費用の額とする。以下単に「食事療養標準負担額」という。）、法第八十五条の二に規定する生活療養標準負担額（同条第二項の規定により算定した費用の額が生活療養標準負担額に満たないときは、当該費用の額とする。以下単に「生活療養標準負担額」という。）又は法第八十六条の規定による療養（法第六十三条第二項第一号に規定する食事療養（以下「食事療養」という。）及び同項第二号に規定する生活療養（以下「生活療養」という。）を除く。）についての費用の額に法第七十四条第一項各号に掲げる場合の区分に応じ、同項各号に定める割合を乗じて得た額（食事療養を行つた場合においては食事療養標準負担額を加えた額とし、生活療養を行つた場合においては生活療養標準負担額を加えた額とする。）の支払を、被扶養者については法第七十六条第二項、第八十五条第二項、第八十五条の二第二項又は第八十六条第二項第一号の費用の額の算定の例により算定された費用の額から法第一百条の規定による家族療養費として支給される額に相当する額を控除した額の支払を受けるものとする。

2 保険医療機関は、食事療養に関し、当該療養に要する費用の範囲内において法第八十五条第二項又は第一百条第三項の規定により算定した費用の額を超える金額の支払を、生活療養に関し、当該療養に要する費用の範囲内において法第八十五条の二第二項又は第一百条第三項の規定により算定した費用の額を超える金額の支払を、法第六十三条第二項第三号に規定する評価療養（以下「評価療養」という。）、同項第四号に規定する患者申出療養（以下「患者申出療養」という。）又は同項第五号に規定する選定療養（以下「選定療養」という。）に関し、当該療養に要する費用の範囲内において法第八十六条第二項又は第一百条第三項の規定により算定した費用の額を超える金額の支払を受けることができる。

3 保険医療機関のうち、医療法（昭和二十三年法律第二百五号）第四条第一項に規定する地域医療支援病院（同法の規定に基づき許可を受け、若しくは届出をし、又は承認を受けた病床（第十一条第二項において「許可病床」という。）の数が四百以上であるものに限る。）及び同法第四条の二第一項に規定する特定機能病院であるものは、法第七十条第三項に規定する保険医療機関相互間の機能の分担及び業務の連携のための措置として、次に掲げる措置を講ずるものとする。

一 患者の病状その他の患者の事情に応じた適切な他の保険医療機関を当該患者に紹介すること。

二 選定療養（厚生労働大臣の定めるものに限る。）に関し、当該療養に要する費用の範囲内において厚生労働大臣の定める金額以上の金額の支払を求めること。（厚生労働大臣の定める場合を除く。）

（領収証等の交付）

第五条の二 保険医療機関は、前条の規定により患者から費用の支払を受けるときは、正当な理由がない限り、個別の費用ごとに区分して記載した領収証を無償で交付しなければならない。

2 厚生労働大臣の定める保険医療機関は、前項に規定する領収証を交付するとき、正当な理由がない限り、当該費用の計算の基礎となつた項目ごとに記載した明細書を交付しなければならない。

3 前項に規定する明細書の交付は、無償で行わなければならない。

○保険薬局及び保険薬剤師療養担当規則（昭和32年厚生省令第16号）

（患者負担金の受領）

第四条 保険薬局は、被保険者又は被保険者であつた者については法第七十四条の規定による一部負担金並びに法第八十六条の規定による療養についての費用の額に法第七十四条第一項各号に掲げる場合の区分に応じ、同項各号に定める割合を乗じて得た額の支払を、被扶養者については法第七十六条第二項又は第八十六条第二項第一号の費用の額の算定の例により算定された費用の額から法第一百十条の規定による家族療養費として支給される額（同条第二項第一号に規定する額に限る。）に相当する額を控除した額の支払を受けるものとする。

2 保険薬局は、法第六十三条第二項第三号に規定する評価療養、同項第四号に規定する患者申出療養又は同項第五号に規定する選定療養に関し、当該療養に要する費用の範囲内において、法第八十六条第二項又は第一百十条第三項の規定により算定した費用の額を超える金額の支払を受けることができる。

（領収証等の交付）

第四条の二 保険薬局は、前条の規定により患者から費用の支払を受けるときは、正当な理由がない限り、個別の費用ごとに区分して記載した領収証を無償で交付しなければならない。

2 厚生労働大臣の定める保険薬局は、前項に規定する領収証を交付するときは、正当な理由がない限り、当該費用の計算の基礎となつた項目ごとに記載した明細書を交付しなければならない。

3 前項に規定する明細書の交付は、無償で行わなければならない。

○医療費の内容の分かる領収書及び個別の診療報酬の算定項目の分かる明細書の交付について（平成30年3月5日保発0305第2号）抜粋

- 3 レセプト電子請求が義務付けられた保険医療機関（正当な理由を有する診療所を除く。）及び保険薬局については、領収証を交付するに当たっては、明細書を無償で交付しなければならないこと。その際、病名告知や患者のプライバシーにも配慮するため、明細書を発行する旨を院内掲示等により明示するとともに、会計窓口にて「明細書には薬剤の名称や行った検査の名称が記載されます。ご家族の方が代理で会計を行う場合のその代理の方への交付も含めて、明細書の交付を希望しない場合は事前に申し出て下さい。」と掲示すること等を通じて、その意向を的確に確認できるようにすること。院内掲示は別紙様式7を参考とすること。
- 4 3の「正当な理由」に該当する診療所については、患者から明細書の発行を求められた場合には明細書を交付しなければならないものであり、「正当な理由」に該当する旨及び希望する患者には明細書を発行する旨（明細書発行の手続き、費用徴収の有無、費用徴収を行う場合の金額、当該金額が1,000円を超える場合には料金設定の根拠及びレセプトコンピュータ若しくは自動入金機の改修時期を含む。）を院内掲示等で明示するとともに、別紙届出様式により、地方厚生（支）局長に届出を行うこと。院内掲示等の例は別紙様式8を参考とすること。なお、「正当な理由」に該当する診療所とは、以下に該当する場合であること。
- (1) 明細書発行機能が付与されていないレセプトコンピュータを使用している場合
(2) 自動入金機を使用しており、自動入金機で明細書発行を行おうとした場合には、自動入金機の改修が必要な場合
- 5 レセプト電子請求が義務付けられた保険医療機関（正当な理由を有する診療所を除く。）及び保険薬局は、公費負担医療の対象である患者等、一部負担金等の支払いがない患者（当該患者の療養に要する費用の負担の全額が公費により行われるものを除く。）についても、明細書を無償で発行しなければならないこと。なお、院内掲示等については、3と同様に取り扱うこと。
- 7 明細書については、療養の給付に係る一部負担金等の費用の算定の基礎となった項目（5の場合にあつては、療養に要する費用の請求に係る計算の基礎となった項目）ごとに明細が記載されているものとし、具体的には、個別の診療報酬点数又は調剤報酬点数の算定項目（投薬等に係る薬剤又は保険医療材料の名称を含む。以下同じ。）が分かるものであること。なお、明細書の様式は別紙様式5を標準とするものであるが、このほか、診療報酬明細書又は調剤報酬明細書の様式を活用し、明細書としての発行年月日等の必要な情報を付した上で発行した場合にも、明細書が発行されたものとして取り扱うものとする。
- さらに、明細書の発行が義務付けられた保険医療機関及び保険薬局において、無償で発行する領収証に個別の診療報酬点数の算定項目が分かる明細が記載されている場合には、明細書が発行されたものとして取り扱うこととし、当該保険医療機関及び保険薬局において患者から明細書発行の求めがあった場合にも、別に明細書を発行する必要はないこと。

○疑義解釈の送付について（その1）（平成28年3月31日事務連絡）抜粋

（問207）明細書の無料発行は、がん未告知の患者に対しても必要なのか。

（答）患者から希望があれば明細書を無料発行する旨や、明細書には使用した薬剤の名称や行われた検査の名称が記載される旨を院内掲示した上で、患者から求めがあった場合には発行が必要である。

○「診療報酬明細書等の被保険者への開示について」（平成17年3月31日保発第0331007号）

1 被保険者及び被扶養者(以下「被保険者等」という。)から保険者に対し、診療報酬明細書、調剤報酬明細書、訪問看護療養費請求書(以下「診療報酬明細書等」という。)の開示(診療報酬明細書等の写しの交付を含む。以下同じ。)の求めがあった場合にあっては、以下のとおり確認した上で、当該診療報酬明細書等を開示すること。

① (略)

② 保険医療機関及び指定訪問看護事業者(以下「保険医療機関等」という。)に対して、その診療報酬明細書等を開示することによって、個人情報保護に関する法律第28条第2項第1号に規定する「本人の生命、身体、財産その他の権利利益を害するおそれがないかどうかを確認すること。その際、保険医療機関等においては、主治医の判断を求めるものとする。

ただし、その診療報酬明細書等の「傷病名」欄、「摘要」欄、「医学管理」欄、全体の「その他」欄、「処置・手術」欄中の「その他」欄及び「症状詳記」を伏せた開示を行うことについて、被保険者等の同意が得られれば、保険医療機関等に対する確認は要しないこと。

なお、調剤報酬明細書の開示に当たっての上記の確認については、その調剤報酬明細書に記載された保険医療機関に対し行われるものであること。

③ (略)

④ 調剤報酬明細書を開示する場合においては、被保険者等に対して開示を行った後に、その調剤報酬明細書を発行した保険薬局に対し、その開示した旨の通知を行うこと。

2・3 (略)

○保険薬局及び保険薬剤師療養担当規則（昭和32年厚生省令第16号）

(調剤の一般的方針)

第八条 保険薬局において健康保険の調剤に従事する保険薬剤師(以下「保険薬剤師」という。)は、保険医等の交付した処方せんに基づいて、患者の療養上妥当適切に調剤並びに薬学的管理及び指導を行わなければならない。

2 保険薬剤師は、調剤を行う場合は、患者の服薬状況及び薬剤服用歴を確認しなければならない。

3 保険薬剤師は、処方せんに記載された医薬品に係る後発医薬品が次条に規定する厚生労働大臣の定める医薬品である場合であつて、当該処方せんを発行した保険医等が後発医薬品への変更を認めているときは、患者に対して、後発医薬品に関する説明を適切に行わなければならない。この場合において、保険薬剤師は、後発医薬品を調剤するよう努めなければならない。

(使用医薬品)

第九条 保険薬剤師は、厚生労働大臣の定める医薬品以外の医薬品を使用して調剤してはならない。ただし、厚生労働大臣が定める場合においては、この限りでない。

2 - 3. 特定健診データ等の保険者間引き継ぎの同意の在り方について

2-3. 特定健診データ等の保険者間引き継ぎの同意の在り方について

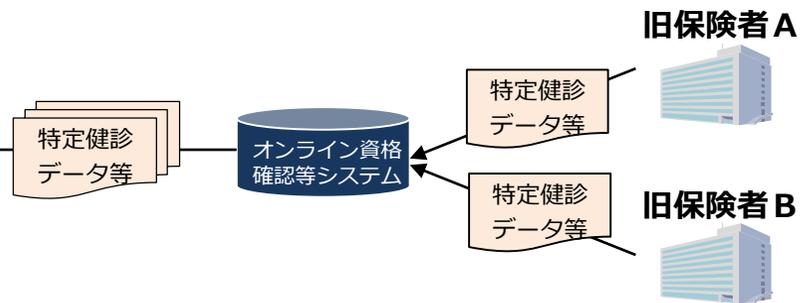
(1) オンライン資格確認等システムを活用した特定健診データ等の保険者間の引継ぎについて (基本的な考え方)

- 特定健診等データの保険者間の引継ぎについては、保険者にとって新規加入者の過去の特定健診等データを活用して、本人の過去の状況や病歴等の特性に応じた、個別の保健事業へのアプローチが可能となること等のメリットがある。
- 現在マイナンバー制度のインフラを活用したオンライン資格確認等システムの整備が進められており、特定健診データ等の引継ぎの重要性や現状を踏まえ、効率的な引継ぎが行えるよう、この環境を活用した仕組みを整備する必要がある。

経年の特定健診結果を活用した効果的な保健指導の実施



保険者間の特定健診データ等の引継ぎ



過去の健診結果を活用している例が少ない

- 特定健診の記録の提供を求められた旧保険者は、新保険者に記録（紙又は電子媒体）を提供しなければならないが、実際に旧保険者に照会し活用している例は少なく、新保険者ではその年の健診結果のみを用いて保健指導をしているとの指摘がある。

効率的に記録の提供・取得ができる仕組みがない

- 現在、主として紙で記録を引き継いでいる。
- 予防・健康づくりの進展に伴い、今後は、保険者間の特定健診データ等の引継ぎの機会の増加が見込まれるため、事務負担の増加も予想される。

- 引き継がれた特定健診データ等を活用することで、経年の特定健診結果に基づいた、的確な保健指導が提供できる。
- 過去の健診結果を活用することで、加入者等に対して、特定健診・保健指導以外の保健事業の更なる推進ができる。
- オンライン資格確認等システムの環境を活用し、特定健診データ等を集約することで、最適なセキュリティを確保しつつ、効率的なデータの引継ぎが可能となる。

(2) 論点

【現状】

- 特定健診データ等は紙又は電子媒体で引継ぎが行われており、効率的に記録の提供・取得ができる仕組みがないため、過去の健診結果を活用している例が少ない。被保険者の加入関係に変更があった場合においても、継続的に被保険者に対して的確な保健指導を行うことが本人の健康保持にとって必要不可欠であり、過去の健診結果の活用を促していく必要がある。
- そのため、オンライン資格確認等システム（以下「オン資」という。）の環境を活用し、特定健診データ等を最適なセキュリティを確保しつつ、効率的なデータの引継ぎが可能となるよう、改修を進めているところ。
- 現行、特定健診データ等の保険者間の引継ぎについては、高齢者の医療の確保に関する法律第27条第1項において本人の個別の同意なく行えることとしているものの、特定健康診査及び特定保健指導の実施に関する基準（以下「基準省令」という。）第13条第1項で念のため同意を必要としている。



【オンライン資格確認等システムの稼働後】

- オン資の稼働後は、特定健診データ等が当該システムに集約されるため、セキュリティが確保された中で効率的に記録の提供・取得が行われることとなる。
- これを通じて、被保険者に対し継続的かつ的確な保健指導が提供できるようになる。一方、引き続き現行の基準省令の規定に基づき本人の個別の同意を要するとすると、システム改修や保険者の事務が過重となるため、現実的でない。
- また、個人情報保護法の状況を見ると、平成27年には機微情報（要配慮個人情報）の取扱いが法律に位置付けられ、現在、3年ごとの見直しとして個人の利用停止請求権の要件緩和などの議論が進められている。
- これらの点を踏まえ、オン資稼働後の同意の在り方について検討する必要性が生じている。

(3) 対応案

- 
- まず、本人の意図しないところで新しい職場の事業主・従業員に機微情報である特定健診データ等を閲覧されるという懸念については、新たに基準省令に保険者において被保険者の特定健診データ等が他の関係ない者に漏れないよう必要な措置を講ずる旨規定することとする。
 - 次に、オン資を活用して特定健診データ等を保険者間で引き継ぐ場合には、法律上の規定が創設された当初の考え方に立ち返り、現行の仕組みは維持しつつ今回のようなケースについては本人の個別の同意は不要とする。
 - 加えて、現在、検討が進んでいる個人情報法の見直しの議論も注視しながら必要な対応を行っていくこととする。

<考え方>

- 高確法の規定において保険者間の引き継ぎの際に本人の個別の同意を不要としているのは、規模の大きな被用者保険にとっては同意を得るための事務が過重になること及び保険者はそもそも被保険者の健康状態に関する情報を把握することができる立場にあることを踏まえて、個人情報法の例外として明記したものの。
- 一方で、省令上、同意をとることとしたのは、省令創設当時は、被保険者の特定健診に対する理解がまだ十分でないことを考慮し、念のための規定として設けたもの。
- この点、省令創設から10数年経過し、特定健診の国民的理解やIT技術は相当程度進展している。特に、オン資は医療IoT等の新技術やサービスの普及などへの対応を踏まえた医療情報システムの安全管理に関するガイドライン等を遵守する形で設計されている。このため、医療保険の資格情報や薬剤情報の管理方法と同じ仕組みで、高度なセキュリティが確保された中で特定健診データ等の管理がなされることとなる。
- これらを踏まえると、被保険者の継続的な保健指導が行えるよう、法律の規定に立ち返り本人の同意なく保険者間の引継ぎが効率的に行われることが被保険者自身にとっても重要であり、例外的にこういった仕組みを創設することが適切である。
- また、被保険者の意図しないところで新しい職場の事業主・従業員に特定健診データ等を閲覧されるという懸念については、これまでの特定健康診査及び特定保健指導の適切かつ有効な実施を図るための基本的な指針の流出防止措置の規定を基準省令に引き上げて、新たに保険者において被保険者の特定健診データ等が事業者等に漏れないよう必要な措置を講ずる旨規定し、個人情報の保護の徹底を図ることとする。

高齢者の医療の確保に関する法律（昭和57年法律第80号）（抄）

（特定健康診査等に関する記録の提供）

第二十七条 保険者は、加入者の資格を取得した者（国民健康保険にあつては、同一の都道府県内の他の市町村の区域内から住所を変更した被保険者を含む。）があるときは、当該加入者が加入していた他の保険者に対し、当該他の保険者が保存している当該加入者に係る特定健康診査又は特定保健指導に関する記録の写しを提供するよう求めることができる。

2 （略）

3 前二項の規定により、特定健康診査若しくは特定保健指導に関する記録又は健康診断に関する記録の写しの提供を求められた他の保険者又は事業者等は、厚生労働省令で定めるところにより、当該記録の写しを提供しなければならない。

個人情報保護に関する法律（平成15年法律第57号）（抄）

（定義）

第二条 この法律において「個人情報」とは、生存する個人に関する情報であつて、次の各号のいずれかに該当するものをいう。

一・二 （略）

2 （略）

3 この法律において「要配慮個人情報」とは、本人の人種、信条、社会的身分、病歴、犯罪の経歴、犯罪により害を被った事実その他本人に対する不当な差別、偏見その他の不利益が生じないようにその取扱いに特に配慮を要するものとして政令で定める記述等が含まれる個人情報という。

4～10 （略）

（適正な取得）

第十七条 個人情報取扱事業者は、偽りその他不正の手段により個人情報を取得してはならない。

2 個人情報取扱事業者は、次に掲げる場合を除くほか、あらかじめ本人の同意を得ないで、要配慮個人情報を取得してはならない。

一 法令に基づく場合

二～六 （略）

（第三者提供の制限）

第二十三条 個人情報取扱事業者は、次に掲げる場合を除くほか、あらかじめ本人の同意を得ないで、個人データを第三者に提供してはならない。

一 法令に基づく場合

二～四 （略）

2 個人情報取扱事業者は、第三者に提供される個人データ（要配慮個人情報を除く。以下この項において同じ。）について、本人の求めに応じて当該本人が識別される個人データの第三者への提供を停止することとしている場合であつて、次に掲げる事項について、個人情報保護委員会規則で定めるところにより、あらかじめ、本人に通知し、又は本人が容易に知り得る状態に置くとともに、個人情報保護委員会に届け出たときは、前項の規定にかかわらず、当該個人データを第三者に提供することができる。

一～五 （略）

3～6 （略）

○個人情報保護に関する法律（平成15年法律第57号）（抄）（続き）

第七章 罰則

第八十三条 個人情報取扱事業者（その者が法人（法人でない団体に代表者又は管理人の定めのあるものを含む。第八十七条第一項において同じ。）である場合にあっては、その役員、代表者又は管理人）若しくはその従業者又はこれらであった者が、その業務に関して取り扱った個人情報データベース等（その全部又は一部を複製し、又は加工したものを含む。）を自己若しくは第三者の不正な利益を図る目的で提供し、又は盗用したときは、一年以下の懲役又は五十万円以下の罰金に処する。

○特定健康診査及び特定保健指導の実施に関する基準（平成19年厚生労働省令第157号）（抄）

（他の保険者が行う記録の写しの提供）

第十三条 法第二十七条第一項の規定により特定健康診査等に関する記録の写しの提供を求められた他の保険者は、同条第三項の規定により当該記録の写しを提供するに当たっては、あらかじめ、当該他の保険者の加入者であった者に対し、記録の写しを提供する趣旨及び提供される記録の写しの内容について説明を行い、かつ、当該他の保険者の加入者であった者の同意を得なければならない。ただし、当該記録の写しの提供を求めた保険者において説明を行い、当該他の保険者の加入者であった者の同意を得たことが確認できたときは、この限りでない。

2 （略）

○特定健康診査及び特定保健指導の適切かつ有効な実施を図るための基本的な指針を定める件（平成20年厚生労働省告示第150号）（抄）

三 特定健康診査等の実施における個人情報の保護

- 1 特定健康診査等の実施に当たっては、個人情報の保護に関する法律（平成15年法律第57号）及び同法に基づくガイドライン等に定める役員・職員の義務（データの正確性の確保、漏えい防止措置、従業者の監督、委託先の監督等）について周知徹底をするとともに、保険者において定めている情報セキュリティポリシーについても周知徹底を図り、個人情報の漏えい防止に細心の注意を払うこと
- 2 被用者保険の被保険者に係る特定健康診査等のデータ（事業者健診のデータを除く。）については、被用者保険の被保険者に対する就業上の不利益取扱を防ぐ観点から、事業者等への特定健康診査等のデータの流出防止措置を講じること。

2 - 4 . 特定健診データ等のマイナポータルによる閲覧等の仕組みの構築に向けた現在の検討状況について

2-4. 特定健診データ等のマイナポータルによる閲覧等の仕組みの構築に向けた現在の検討状況について

- 特定健診データ等のマイナポータルによる閲覧の仕組みの構築に向けて、「保険者による健診・保健指導等に関する検討会」や「実務担当者による特定健診・特定保健指導に関するワーキンググループ」において、議論・整理を進めている。
- その際、オンライン資格確認等システムの構築と平仄を合わせるため、オンライン資格確認等システムの仕様に関わる検討事項から優先して議論・整理を進めている。

<主な検討事項>

I. 特定健診データ等の管理期間等のあり方

II. 保険者からの特定健診データ等の効率的な登録方法、照会・提供の仕組み

- ・ 保険者から支払基金へのデータの効率的な登録方法（匿名化前データの登録方法等）
- ・ レセプト情報・特定健診等情報データベース（NDB）への効率的な登録方法（データの匿名化等） 等

III. マイナポータル等での特定健診データ等の表示

- ・ 表示が必要な健診結果項目等
- ・ 医療機関での特定健診データ等の閲覧方法や表示方法 等

（参考）これまでの開催状況

保険者による健診・保健指導等に関する検討会

- 第32回（2018年10月22日）
- 第33回（2018年12月25日）
- 第34回（2019年3月28日）
- 第35回（2019年11月13日）
- 第36回（2019年12月18日）

実務担当者による特定健診・特定保健指導に関するワーキンググループ

- 第25回（2018年10月25日）
- 第26回（2018年11月26日）
- 第27回（2018年12月21日）
- 第28回（2019年1月21日）
- 第29回（2019年3月7日）
- 第30回（2019年9月20日）
- 第31回（2019年11月29日）

3. オンライン資格確認等の運用コストの試算について（報告）

3. オンライン資格確認等の運用コスト試算

- 医療保険者等中間サーバー、オンライン資格確認、レセプト振替、特定健診・医療費・薬剤情報のシステム開発業者が決定したことに伴い、すべての機能が稼働する令和4年度における運用・保守費用（現時点）を取りまとめた。

単位：億円（税込）

令和4年度	オンライン資格確認	レセプト振替	特定健診・ 医療費・薬剤情報	計
運用・保守費用（年額）	16	3	3	約21

※1 支払基金及び国保中央会でシステム管理する体制に要する経費を含む。

※2 マイナンバーカードによるオンライン資格確認には、地方公共団体情報システム機構（J-LIS）による電子証明書の有効性確認のための手数料が発生するが、上記費用には含まれていない。なお、このJ-LISの手数料については、「マイナンバーカードの普及とマイナンバーの利活用の促進に関する方針」（令和元年6月4日デジタル・ガバメント閣僚会議決定）において、「マイナンバーカードの健康保険証利用に伴う運営費については、可能な限り縮減に取り組むこととし、J-LISの手数料の在り方についても検討する。」とされている。（J-LIS及び関係省庁と協議中）

- 医療保険者等中間サーバーとオンライン資格確認等システムの運用・保守費用を含めた比較

単位：億円（税込）

	中間サーバー 運用・保守費用	中間サーバー システム更新積立金	オンライン資格確認等 システム運用・保守費用	計
現行（オンプレミス） （平成30年度時）	33	26	-	59
クラウドに移行後 （平成30年5月時点の試算）	21～29	3	20	約44～52
クラウドに移行後 （令和4年度）	19	0	21	約39

※3 「現行（オンプレミス）」と「クラウドに移行後（平成30年5月時点の試算）」の費用には、支払基金及び国保中央会でのシステムの管理に要する体制の経費（平成30年度で7億円）とデータ連携項目のシステム改修費（平成30年度で4億円）は含まれていないが、「クラウドに移行後（令和4年度）」の費用には、支払基金及び国保中央会でのシステムの管理に要する体制の経費とデータ連携項目のシステム改修費は含まれている。

オンライン資格確認等の運用コスト試算（精査中） ※現時点の要件整理に基づく粗い見積もり

○ オンライン資格確認等の運営費用は、中間サーバーを含めた更なるコスト縮減を行うことで、保険者のトータルの負担の低減を図る。

（1）オンライン資格確認等の運用コスト試算（支払基金・国保中央会で運用するシステム部分）

単位：億円（税込）

	オンライン資格確認	特定健診データの 保険者間連携・提供	医療費・薬剤情報の提供	計
運用・保守費用（年額）	17	2	2	約20

※1 現時点の仕様に基づき見積もった粗い試算であり、精査が必要である（情報提供ネットワークシステムやマイナポータル等の国が運用しているシステムの運用コストは含まれていない）。初期費用は中間サーバーのクラウド化の仕様や開発方法等により変わりうるので記載していない。

※2 上記の運用・保守費用以外に、支払基金及び国保中央会でシステムを管理する体制に要する経費が必要と見込まれる。

（参考）保険者向け中間サーバーのクラウドへの移行による運用経費の比較（試算）

単位：億円（税込）

	運用・保守費用	システム更新積立金	計	
現行（2018年度）※1	33	26	59	
クラウドに移行後	21～29	3	約24～32	▲約27～35

※1 現在の中間サーバーは、管理者自らが購入したサーバー等をデータセンターに設置し、自ら管理・運用する方式（オンプレミス）である。

※2 クラウドサービスは、インターネットから分離された閉域の通信環境で接続する方式を想定。

※3 現行の中間サーバーの設計に基づく試算であり、保守・運用経費のうち、支払基金・国保中央会での運用経費（2018年度で7億円）とデータ連携項目のシステム改修費（2018年度で4億円）は含まれていない。現時点の粗い試算であり、今後、調査研究により精査する。

（2）資格履歴の一元化・資格確認等により解消が期待される事務コスト等

	事務コスト等	備考
①資格過誤による保険者、医療機関等の事務コスト	約80億円／年（試算）	保険者分 約30億円、医療機関・薬局分 約50億円
②医療費通知を紙からウェブサービスに変えることによる保険者の事務費用の節減効果（年1回分）	約4億円（～最大40億円）	全加入者（後期高齢者除く）が紙からウェブサービスに移行した場合は約40億円。マイナンバーカード普及率11%を乗じて試算。

※1 支払基金に2016年度（2015年4月～2016年3月診療分）に請求されたレセプトのうち、資格過誤により返戻されたレセプトは147.6万件、384.7億円である。保険証の回収の徹底が困難な保険者では未収金も発生しており、事務コストをかけて資格を追跡しても不明なケースが少なくないが、この解消にもつながる。

※2 特定健診で保険者間の年間異動者が約500万人と推計される。現在は事務コストがかかるため保険者間での特定健診データの照会がほとんど行われていないが、資格履歴管理の仕組みにより、保険者間での効率的なデータの照会が可能になる。また、薬剤情報の提供により、多剤・重複投薬の軽減等が期待できる。

オンライン資格確認等検討会議、実務者WG等 (令和元年度厚生労働省委託調査研究事業)の開催状況

参考4

- 令和元年度厚生労働省委託調査研究事業において、医療保険者や医療関係者等から構成されるオンライン資格確認等検討会議及び実務者ワーキンググループ等を開催。オンライン資格確認の導入に向けた、運用上の課題の整理、協議、検討等を実施。

第10回実務者WG 5/16

- ・運用の整理案（2018年度調査研究事業）の報告
- ・医療保険者等説明会の協議（手引書、技術解説書の最終版）
- ・2018年度の積み残しの検討課題（住所登録、限度額認定証）の協議 等

第4回検討会議 5/30

- ・改正法の報告、制度施行までの重要課題
- ・医療保険者等説明会、医療機関・薬局向け技術解説書の作成準備の報告 等

医療保険者説明会

期間：6月3日～28日

場所：東京、大阪、名古屋、福岡、市町村国保8ブロック（北海道、東北、関東甲信越、東海北陸、近畿、中国、四国、九州）
対象：健保組合、協会けんぽ、国保組合、後期広域連合、共済組合、市町村国保 回数：全14回

第11回実務者WG 6/19

- ・医療保険者等説明会の状況報告
- ・医療機関等ベンダ向け手引書・技術解説書の協議 等

第12回実務者WG 7/24

- ・医療機関等ベンダ向け手引書・技術解説書の協議（中間版）
- ・検討課題の調整・協議 等

第5回検討会議 8/28

- ・健康保険証利用協議会・幹事会等開催状況報告
- ・医療保険者等説明会開催報告、医療機関等ベンダー向け説明会の準備状況報告 等

第13回実務者WG 9/6

- ・デジタル・ガバメント閣僚会議等開催状況報告
- ・医療機関等ベンダー向け説明会の準備状況報告
- ・検討課題の調整・協議 等

第14回実務者WG 10/2

- ・医療機関等ベンダー向け技術解説書等の検討課題の調整・協議 等

第6回検討会議 10/7

- ・医療機関等ベンダー向け技術解説書等の検討課題の協議・対応決定 等

医療機関等ベンダ向け説明会

場所、日程：大阪 10月15日、東京10月17日

第15回実務者WG 11/15

- ・医療機関等ベンダ向け説明会の状況報告
- ・検討課題の整理・協議等

第7回検討会議 11/21

- ・医療機関等ベンダ向け説明会の状況報告
- ・検討課題の整理・協議等

オンライン資格確認等検討会議 構成員（参加団体）

医療保険者等

- 全国健康保険協会
- 健康保険組合連合会
- 国民健康保険中央会
- 全国国民健康保険組合協会
- 東京都（全国知事会代表）
- 高知市（全国市長会代表）
- 奥多摩町（全国町村会代表）
- 全国後期高齢者医療広域連合協議会
- 財務省主計局給与共済課
- 地方公務員共済組合協議会
- 日本私立学校振興・共済事業団

医療関係者

- 日本医師会
- 日本病院会
- 日本歯科医師会
- 日本薬剤師会
- 日本看護協会

被保険者

- 日本労働組合総連合会

オンライン資格確認等実務者ワーキンググループ 構成員（参加団体）

医療保険者等

- 全国健康保険協会
- 東京中央卸売市場健康保険組合
- ジェイアールグループ健康保険組合
- 国民健康保険中央会
- 全国国民健康保険組合協会
- 東京都（全国知事会代表）
- 高知市（全国市長会代表）
- 奥多摩町（全国町村会代表）
- 東京都後期高齢者医療広域連合
- 財務省主計局給与共済課
- 法務省矯正局総務課共済係
- 地方職員共済組合
- 全国市町村職員共済組合連合会
- 東京都職員共済組合
- 公立学校共済組合
- 警察共済組合
- 日本私立学校振興・共済事業団

医療関係者

- 日本医師会ORCA管理機構
- 日本病院会
- 日本歯科医師会
- 日本薬剤師会
- 日本看護協会

被保険者

- 日本労働組合総連合会

被用者保険の適用拡大について

2019年12月25日
厚生労働省保険局

(1) 総論

被用者保険の適用拡大に係る見直し案①

【1】 短時間労働者への適用拡大

(1) 企業規模要件 ⇒ 今回の改正では、50人超規模の企業まで適用するスケジュールを明記する。具体的には、2024年10月に50人超規模の企業まで適用することとし、その施行までの間にも、できるだけ多くの労働者の保障を充実させるため、2022年10月に100人超規模の企業までは適用する。

(参考)見直しによって見込まれる影響(機械的推計)

	50人超	100人超	要件撤廃
■ 新たに適用となる人数	65万人 (要件撤廃時の1/2程度)	45万人 (要件撤廃時の1/3程度)	125万人
■ 所得代替率への効果(注1) (各段階の企業規模を仮に長期存置した場合)	およそ0.3%増	およそ0.2%増	およそ0.5%増
■ 国費への効果(医療・介護分のみ(注2))	430億円減	310億円減	800億円減
■ 事業主負担増(注3)	1,590億円増	1,130億円増	3,160億円増

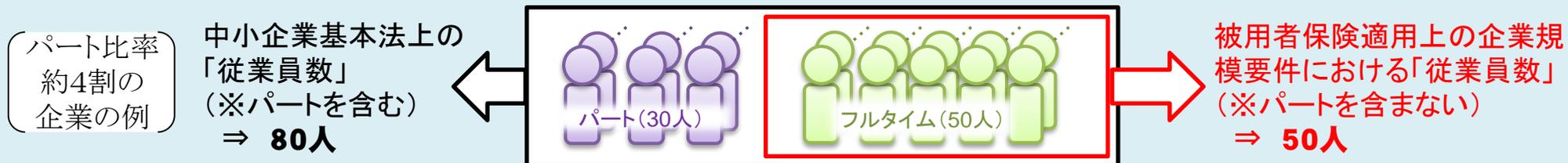
(注1) 所得代替率への効果は、2019年財政検証のケースⅢをもとに機械的に計算。

(注2) 国費への効果については、長期的に見れば、適用拡大による基礎年金水準向上に伴う国庫負担増を考慮する必要があることに留意(たとえば2019年財政検証のケースⅢで機械的に計算すると、給付水準調整終了後の2047年度(約28年後)で50人超の場合は約1,100億円、要件撤廃の場合は2,100億円(2019年度価格)の国庫負担増となる)。

(注3) 事業主負担増は、厚生年金保険料・健康保険料・介護保険料の負担を加味。

(注4) 上記の推計は、今後の短時間労働者の増減や賃金動向によっては変わりうるもの。

【補足①】 企業規模要件の「従業員数」は、週労働時間が通常の労働者の3/4以上の者を指し、それ未満のパート労働者を含まない



【補足②】 月ごとに従業員数をカウントし、直近12か月のうち6か月で基準を上回ったら適用対象となる

(※) 一度適用対象となったら、従業員数が基準を下回っても引き続き適用。ただし被保険者の3/4の同意で対象外となることができる

【補足③】 従業員数のカウントは、法人なら同一の法人番号を有する全事業所単位、個人事業主なら個々の事業所単位で行う

被用者保険の適用拡大に係る見直し案②

(2) 労働時間要件(週20時間) ⇒ まずは週20時間以上労働者への適用を優先するため、現状維持とする

【補足】 週20時間の判定は、基本的に契約上の所定労働時間によって行うため、**臨時に生じた残業等を含まない**

(※) 現行の運用では、実労働時間が2か月連続で週20時間以上となり、なお引き続く見込まれる場合には、3か月目から保険加入。

(3) 賃金要件(月8.8万円) ⇒ 最低賃金の水準との関係も踏まえて、現状維持とする

【補足】 月8.8万円の判定は、基本給及び諸手当によって行う。ただし、**残業代・賞与・臨時的な賃金等を含まない**

(※) 判定基準に含まれないものの例:

- 臨時に支払われる賃金(結婚手当等)
- 1月を超える期間ごとに支払われる賃金(賞与等)
- 時間外労働に対して支払われる賃金、休日労働及び深夜労働に対して支払われる賃金(割増賃金等)
- 最低賃金において算入しないことを定める賃金(精皆勤手当、通勤手当及び家族手当)

(4) 勤務期間要件(1年以上) ⇒ 実務上の取扱いの現状も踏まえて撤廃し、フルタイムの被保険者と同様の2か月超の要件を適用する

【補足】 現行制度の運用上、実際の勤務期間にかかわらず、基本的に下記のいずれかに当てはまれば1年以上見込みと扱う

- ・ 就業規則、雇用契約書等その他書面において契約が更新される旨又は更新される場合がある旨が明示されていること
- ・ 同一の事業所において同様の雇用契約に基づき雇用されている者が更新等により1年以上雇用された実績があること

⇒ 適用除外となるのは、**契約期間が1年未満で、書面上更新可能性を示す記載がなく、更新の前例もない場合に限られている**

(5) 学生除外要件 ⇒ 本格的就労の準備期間としての学生の位置づけ等も考慮し、現状維持とする

【2】 非適用業種(法定16業種以外の個人事業所は非適用)の見直し

非適用業種 ⇒ 弁護士・税理士・社会保険労務士等の法律・会計事務を取り扱う士業については、他の業種と比べても法人割合が著しく低いこと、社会保険の事務能力等の面からの支障はないと考えられることなどから、適用業種に追加

(2) 適用拡大による医療保険の財政影響

適用拡大による医療保険の財政影響の試算

[適用の要件]

- ・ 週 20 時間以上
- ・ 月額賃金 8.8 万円以上（年収 106 万円以上）
- ・ 勤務期間 2 か月超
- ・ 学生を除外
- ・ 従業員 50 人超の企業に適用
- ・ 土業の個人事業所を適用業種に追加

対象者数 約 70 万人

<医療>

うち国保被保険者 約 40 万人
 うち健保被扶養者 約 30 万人

（健保組合に約 20 万人、協会けんぽに約 45 万人が加入）

協会けんぽ	加入者増の影響 250 億円 加入者減の影響 ▲200 億円 ネット負担 50 億円
健保組合	加入者増の影響 250 億円 加入者減の影響 ▲210 億円 ネット負担 40 億円
共済	▲50 億円
国保	0 億円

公費支出	▲700 億円
うち国費支出	▲490 億円
うち地方負担	▲210 億円

○事業主負担

事業主負担	680 億円
-------	--------

(※1) プラスは財政悪化、マイナスは財政改善。

(※2) 上記の数値は、医療・介護分に係る収支。

(※3) 土業の対象者数は約 5 万人と設定。すべて協会けんぽに適用されると仮定している。

(※4) 国保組合における財政影響については、健康保険適用除外承認を受けることにより、引き続き加入が可能なことを踏まえ、考慮していない。

(※5) 2019 年度 予算ベースで試算。

(※6) 人数は 5 万人単位、金額は 10 億円単位で四捨五入している。

(参考) 企業規模要件のみの財政影響の機械的試算

(1) 50人超の企業に適用

対象者数 約65万人

<医療>

うち国保被保険者 約35万人
うち健保被扶養者 約30万人

(健保組合に約20万人、協会けんぽに約40万人が加入)

	(1) 50人超のみ	(2) 100人超のみ
協会けんぽ	加入者増の影響 240億円 加入者減の影響 ▲200億円 ネット負担 30億円	加入者増の影響 150億円 加入者減の影響 ▲140億円 ネット負担 10億円
健保組合	加入者増の影響 240億円 加入者減の影響 ▲210億円 ネット負担 30億円	加入者増の影響 200億円 加入者減の影響 ▲150億円 ネット負担 50億円
共済	▲50億円	▲40億円
国保	▲30億円	▲20億円

(2) 100人超の企業に適用

対象者数 約45万人

<医療>

うち国保被保険者 約25万人
うち健保被扶養者 約20万人

(健保組合に約20万人、協会けんぽに約25万人が加入)

公費支出	▲620億円	▲450億円
うち国費支出	▲430億円	▲310億円
うち地方負担	▲190億円	▲130億円

○事業主負担

事業主負担	600億円	420億円
-------	-------	-------

- (※1) プラスは財政悪化、マイナスは財政改善。
 (※2) 上記の数値は、医療・介護分に係る収支。
 (※3) 2019年度予算ベースで試算。
 (※4) 人数は5万人単位、金額は10億円単位で四捨五入している。

(3) その他の事項

厚生年金保険・健康保険の適用除外要件の見直し

1. 現行制度と課題

- 現在、厚生年金保険法及び健康保険法では、「2ヶ月以内の期間を定めて使用される者」(引き続き使用されるに至った場合を除く)は適用除外とされていることから、基本的に、雇用契約の期間が2ヶ月以内か否かで適用が判断されている。
- ただし、2ヶ月以内の雇用契約であっても、これを継続反復しているような場合には、「引き続き使用されるに至った場合」として、社会保険の対象としているが、当該最初の2ヶ月は適用の対象となっていない。

2. 見直し案

- 雇用の実態に即した社会保険の適切な適用を図る観点から、雇用保険の規定等も参考にし(2ヶ月を超えて使用されること)が「見込まれる者」についても、厚生年金・健康保険の適用の対象とする改正を行う。
- これにより、例えば、
 - ・2ヶ月以内の雇用契約であっても、実態からみて、2ヶ月を超えて使用される見込みがあると判断できる場合
(例:①雇用契約上、契約更新があることが明示されている場合、②同一事業所の同一契約で更新等により2ヶ月を超えて雇用された実績がある場合)にも、最初の2ヶ月の雇用期間を含めて、当初から社会保険を適用の対象とする。

※ 雇用保険法第6条第2号では、雇用保険の適用除外者として「同一の事業主の適用事業に継続して31日以上雇用されることが見込まれない者」と規定。

※ 厚生年金保険法第12条第5号(短時間労働者の適用特例)で、「当該事業所に継続して1年以上使用されることが見込まれないこと」と規定。

※十分な周知期間が必要となること、適用拡大等を考慮し、適用拡大と同時に施行すること等を検討。

3. 具体的な事務の取扱いのイメージ

○被用者保険の適用拡大における勤務期間要件の事務の取扱いと同様に、以下のとおり取り扱うことを検討する。

- 適用拡大における勤務期間要件に倣い、雇用期間が2ヶ月以内の場合であっても、
 - (ア)就業規則、雇用契約書等において、その契約が「更新される旨」、または「更新される場合がある旨」が明示されている場合
 - (イ)同一の事業所において、同様の雇用契約に基づき雇用されている者が更新等により2ヶ月を超えて雇用された実績がある場合は、当初から適用する取扱いとする。
- ただし、(ア)(イ)のいずれかに該当するときであっても、労使双方により、2ヶ月を超えて雇用しないことにつき合意しているときは、雇用期間が継続して2ヶ月を超えることが見込まれないこととして取り扱う。
- 事業所調査において、労働者名簿等に基づき適用されていない従業員等の雇用契約書等を確認し、上記要件に(ア)(イ)のいずれかに該当することが事後的に判明した場合は、契約当初(保険料徴収の時効を踏まえて2年以内とする。)に遡及して適用するよう指導する取扱いにする。

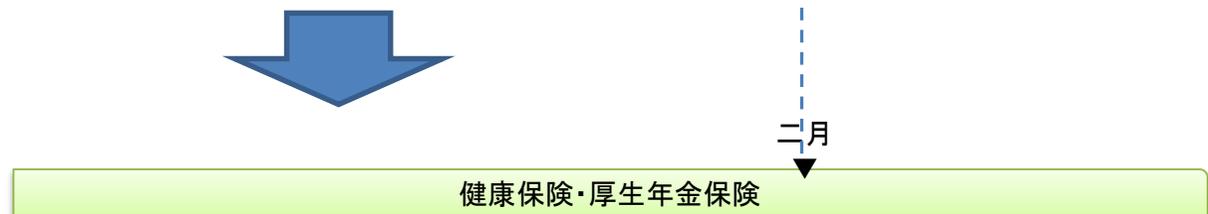
(改正前)

健康保険・厚生年金保険



(改正後)

健康保険・厚生年金保険



「見込まれない者」と改正することで、**雇用契約書において2ヶ月以内の雇用期間であっても①雇用契約において更新が明示されている場合、②同様の雇用契約に基づき2ヶ月を超えて雇用している実績がある場合のいずれかに該当する場合は、当初から適用する取扱いに変更**

参考資料

被用者保険の適用拡大を進めるにあたっての基本的な考え方

1. 被用者にふさわしい保障の実現

- 被用者でありながら国民年金・国民健康保険加入となっている者に対して、被用者による支えあいの仕組みである厚生年金による保障（報酬比例の上乗せ給付）や健康保険による保障（病気や出産に対する傷病手当金や出産手当金の支給）が確保される。
- 保険料についても、被用者保険では労使折半の負担となる。

2. 働き方や雇用の選択を歪めない制度の構築

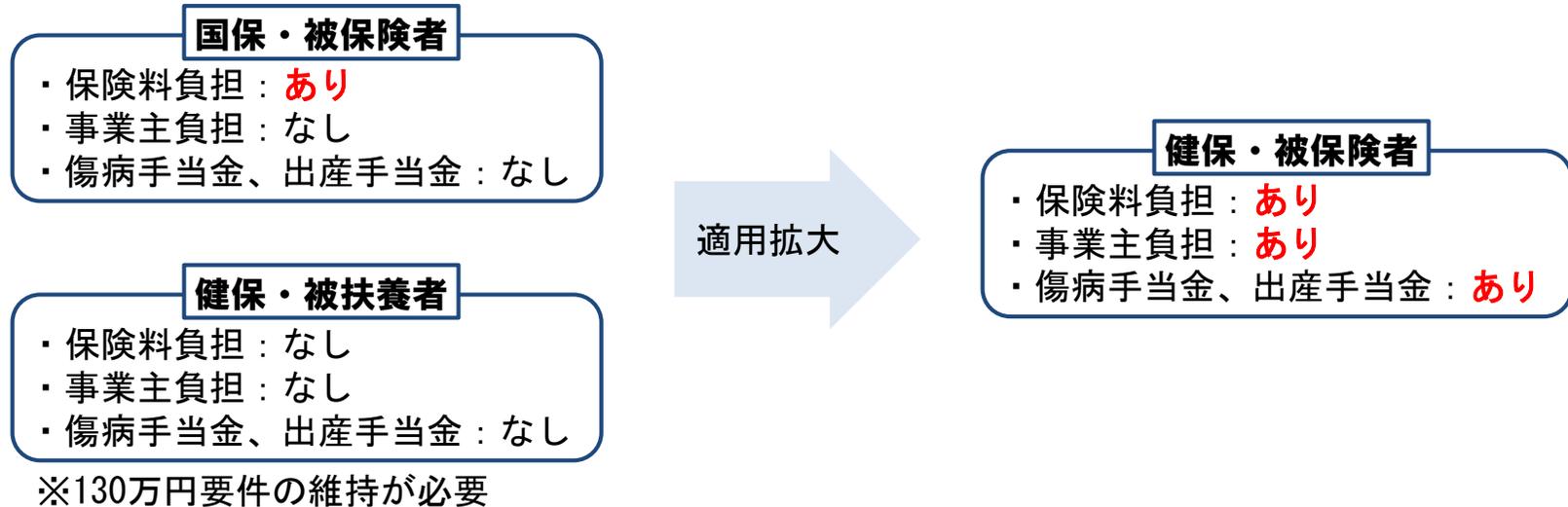
- 労働者の働き方や企業による雇い方の選択において、社会保険制度における取扱いによって選択を歪められたり、不公平を生じたりすることがないようにする。
- 適用拡大などを通じて働き方に中立的な制度が実現すれば、働きたい人の能力発揮の機会や企業運営に必要な労働力が確保されやすくなることが期待できる。

3. 社会保障の機能強化

- 適用拡大によって厚生年金の適用対象となった者は、定額の基礎年金に加え、報酬比例給付による保障を受けられるようになる。
- 適用拡大はどのような働き方であっても共通に保障される給付である基礎年金の水準の確保につながり、これによる年金制度における所得再分配機能の維持にも資する。

（2014年（平成26年）及び2019年（令和元年）の財政検証のオプション試算においては、適用拡大の具体的内容に関して複数の仮定を置いた上で、上述の基礎年金水準の確保の効果が具体的に示された。）

医療保険で適用拡大を行うことの意義



被用者にふさわしい保障

- ・被用者保険として労務不能な期間の所得補償を行い、労働力の早期回復を図る観点から、健康保険では傷病手当金や出産手当金が法定給付とされている
- ・被用者でありながら健康保険の被保険者になっていない者に適用拡大していくことにより、傷病手当金や出産手当金といった被用者にふさわしい保障が享受できることになる

働き方や雇用に中立で公平な医療保険制度

- ・労働者の働き方や企業の雇い方に対して中立で公平な社会保険制度とすることにより、働きたい人の能力発揮や企業運営に必要な労働力確保が可能となる環境を構築する必要

健康保険の被扶養者に適用拡大を行うことの意義

① 被用者にふさわしい保障の確保

- ・ 被扶養者にも適用拡大を行うことで、傷病手当金や出産手当金といった被用者にふさわしい保障が享受できる

② 働き方や雇用に中立で公平な制度の構築

- ・ 被扶養者を含め一定の所得がある短時間労働者を等しく適用拡大の対象とすることで、働き方や雇用に中立な制度となる
 - 雇用する事業主の観点からは、被扶養者とそれ以外のパート・アルバイト（※）との間で人件費に差が生じないため、社会保険料の面でどちらかを選択する誘因が生じない
 - ※シングルマザー、中高年の低所得単身者（就職氷河期世代等）、高齢者 等
 - 働く被扶養者の観点からは、130万円の壁を意識せずに就労することが可能となる
- ・ また、被扶養者にも保険料を負担いただくことで、
 - ①同一条件で就労している被扶養者以外のパート・アルバイト（※）
 - ②既に適用されている501人以上企業に勤務する被扶養者との公平性が確保される

③ 医療保険財政の支え手の増加

- ・ 一定の所得がある被扶養者にも健康保険の被保険者として保険料を負担いただくことで、医療保険財政の支え手を増やすことができる

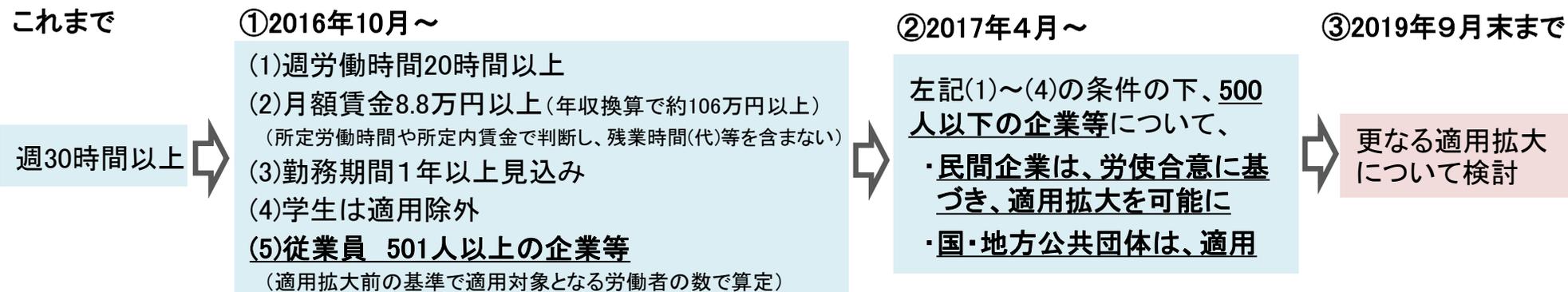
④ 事業主の事務負担の煩雑化の回避

- ・ 健康保険と厚生年金の適用事務が一体に行われることで、事業主の事務の煩雑化を避けられる

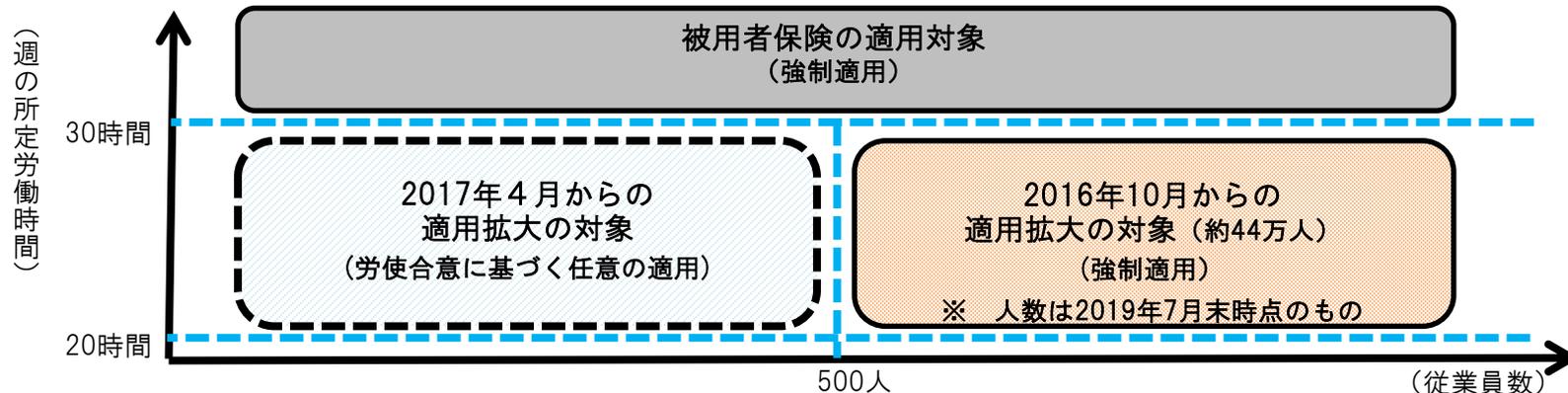
短時間労働者に対する被用者保険の適用拡大の概要

働きたい人が働きやすい環境を整えるとともに、短時間労働者について、年金等の保障を厚くする観点から、被用者保険(年金・医療)の適用拡大を進めていくことが重要。

- ① (2016年10月～) 501人以上の企業で、月収8.8万円以上等の要件を満たす短時間労働者に適用拡大。
- ② (2017年4月～) 500人以下の企業で、労使の合意に基づき、企業単位で、短時間労働者への適用拡大を可能とする。(国・地方公共団体は、規模にかかわらず適用とする)
- ③ (2019年9月末までに) 更なる適用拡大について検討を加え、その結果に基づき、必要な措置を実施。



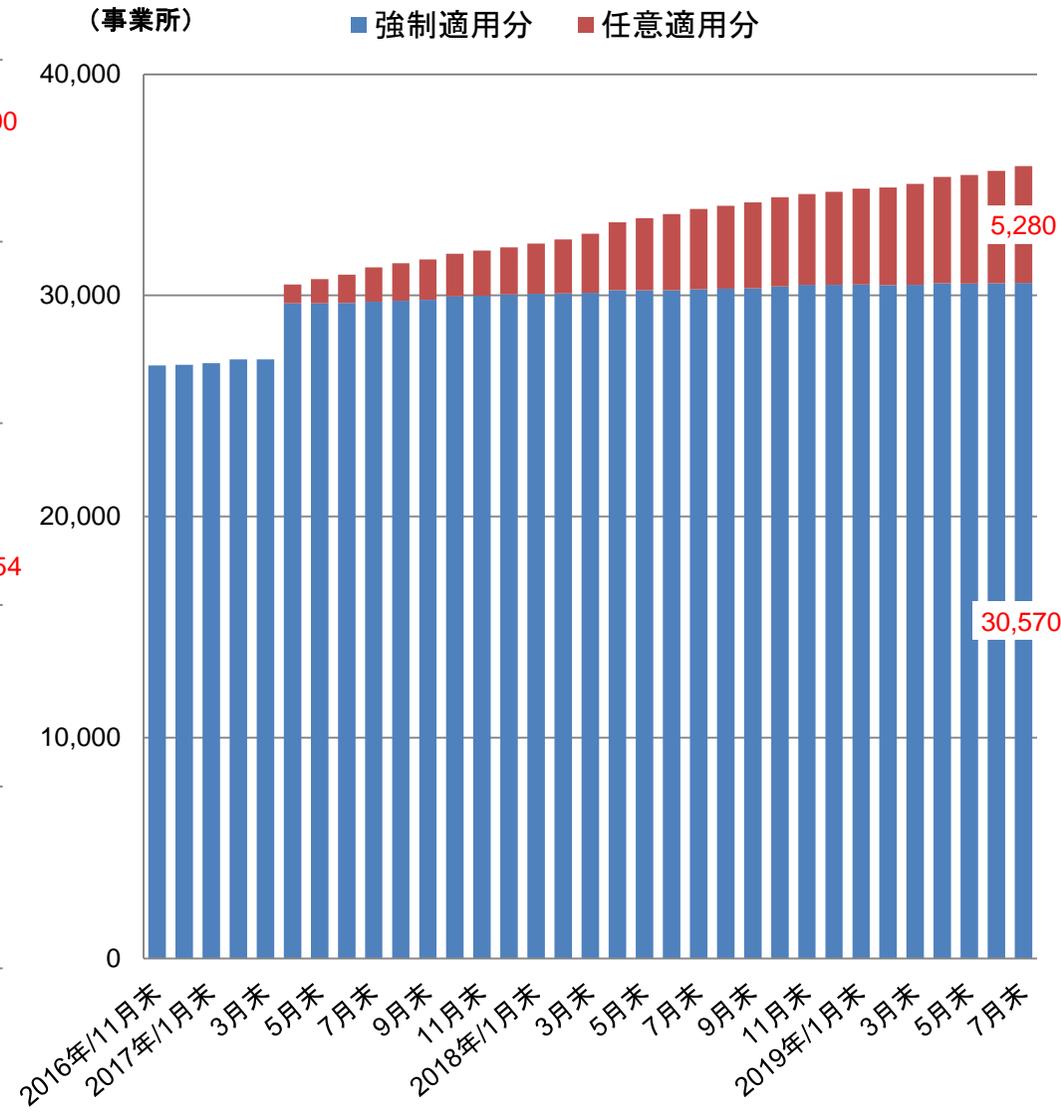
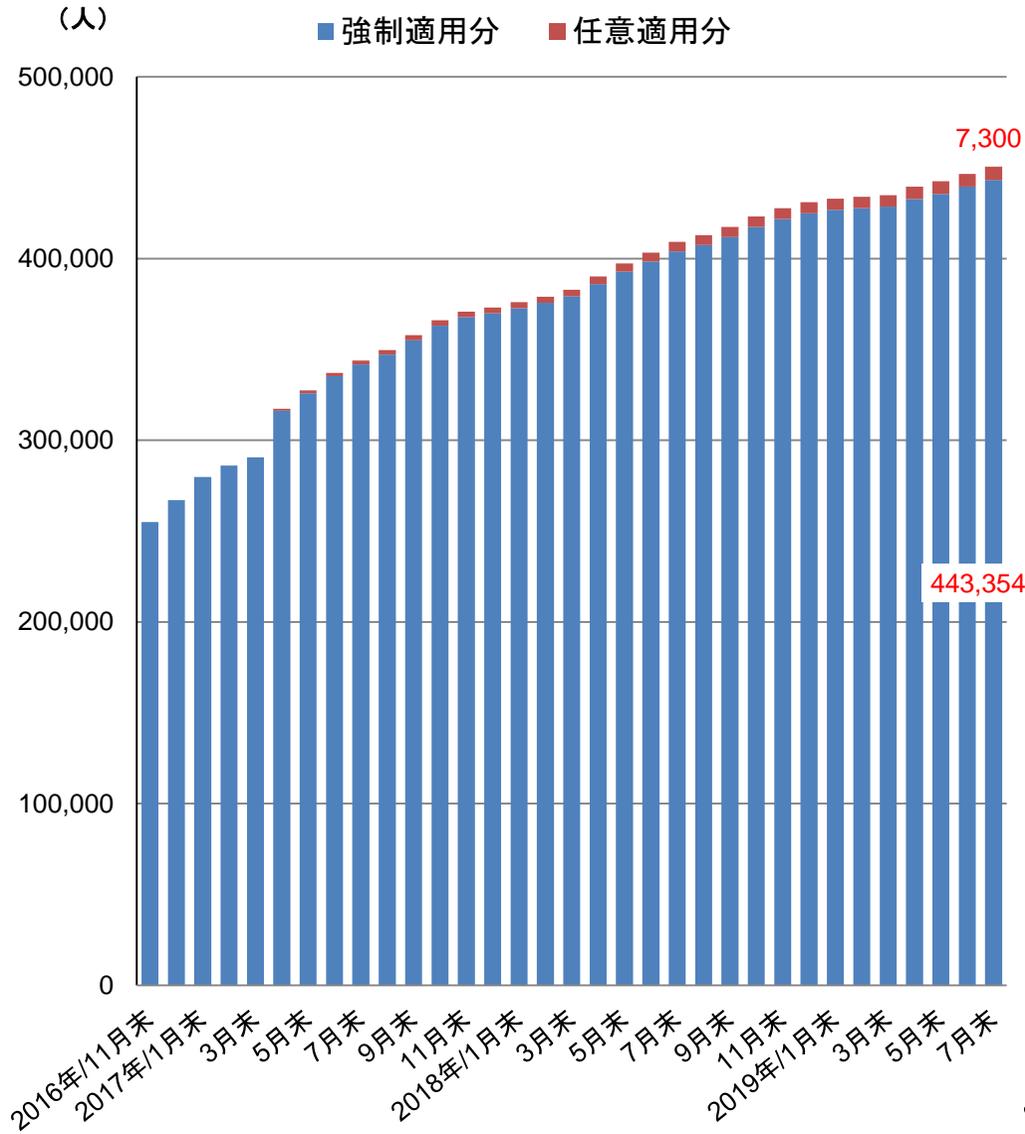
<被用者保険の適用拡大のイメージ>



短時間被保険者数及び対象事業所の推移

短時間被保険者数

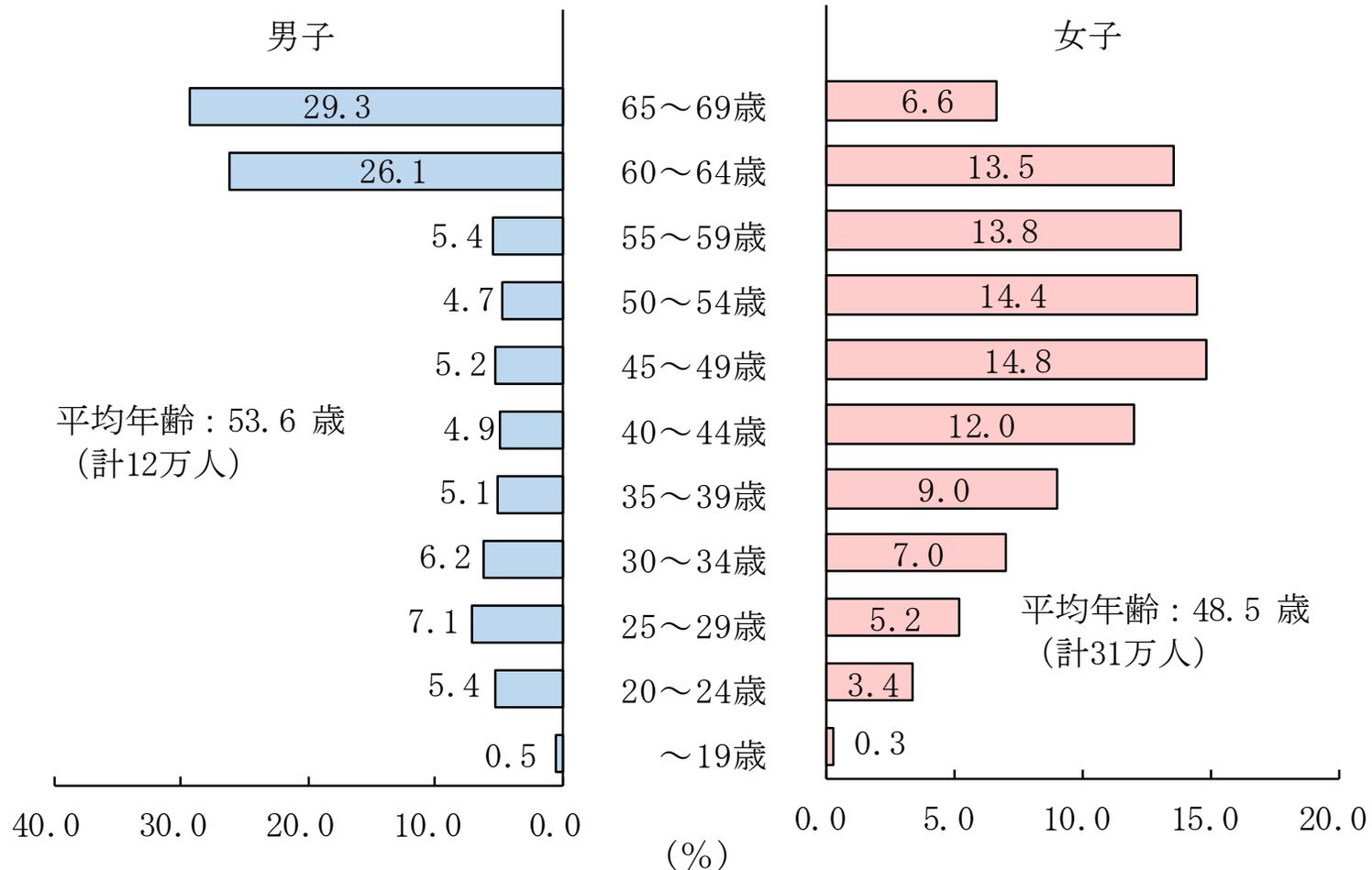
特定適用事業所数



短時間被保険者の性別・年齢階級別分布

- 適用拡大によって厚生年金加入となった者の多くは女性または高齢者であり、適用拡大はこうした者を厚生年金の支え手に加える効果をもたらしている。

短時間被保険者の性別・年齢階層別分布

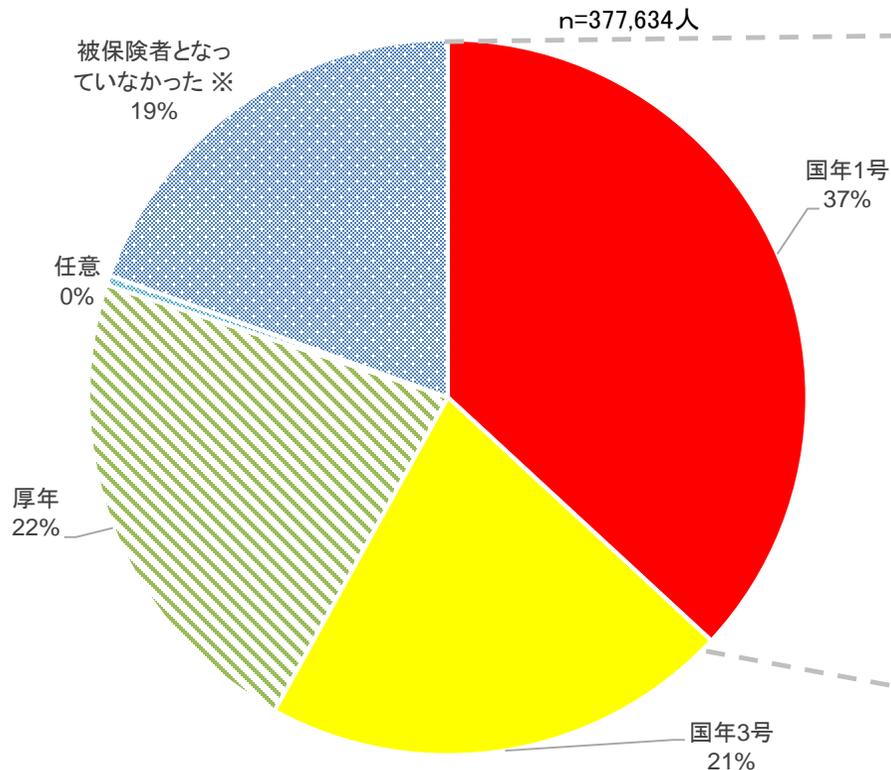


(出所)平成30年度厚生年金保険・国民年金事業の概況

短時間被保険者の適用拡大以前の公的年金の加入状況

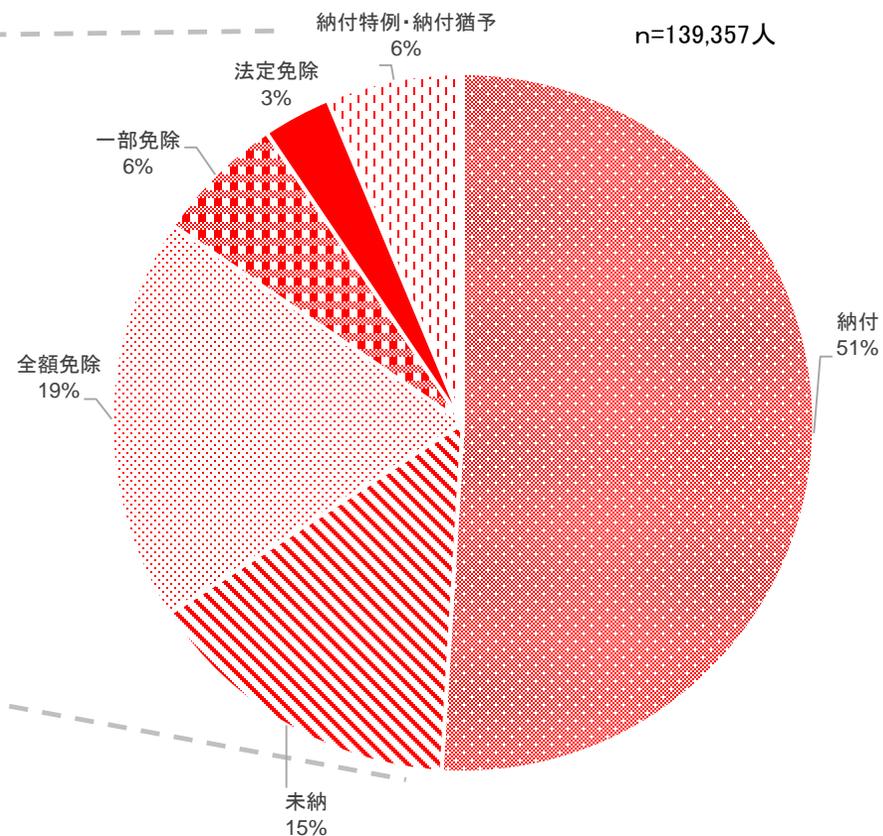
- 2017年末時点の短時間被保険者を対象に、適用拡大施行前の2015年末時点の公的年金の加入状況等について、日本年金機構が保有する被保険者データを特別に集計した。
- この結果によると、適用拡大によって厚生年金加入となった者のうち約4割が国民年金第1号被保険者で、その約半数が保険料を免除または未納の状態であった。

短時間被保険者の適用拡大前の
公的年金被保険者区分



(※)「被保険者となっていない」は年齢が20歳未満または60歳以上の者など

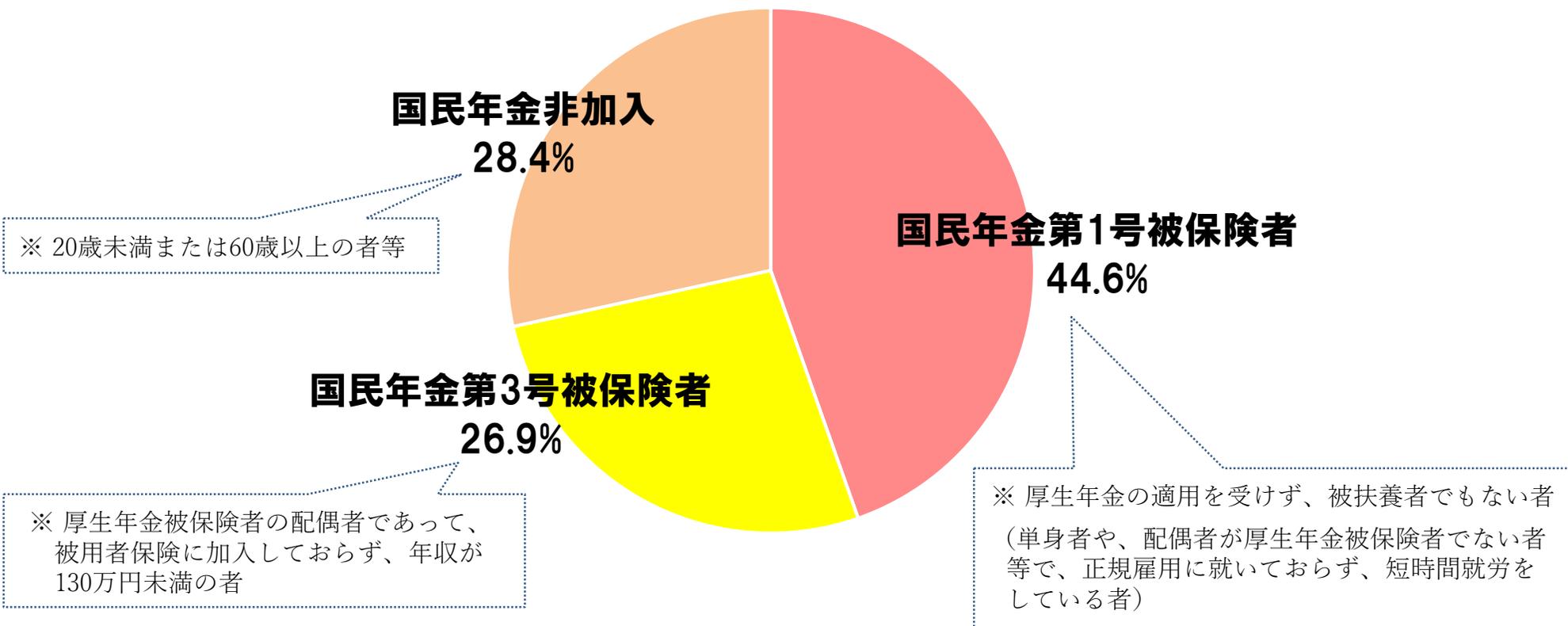
元第1号被保険者の
国民年金保険料の納付状況



※ 適用拡大前の被保険者区分は平成27年末時点のもの。また、国民年金保険料の納付状況は今回の調査実施時点での平成27年12月分の納付状況。

週20時間以上・月収8.8万円以上の短時間労働者の公的年金の加入状況

- 週労働時間20時間以上・月額賃金が8.8万円(現行の賃金要件)以上で、被用者保険に加入していない短時間労働者の中で、半数近くは国民年金第1号被保険者であり、第3号被保険者(被扶養者)の割合は約4分の1。

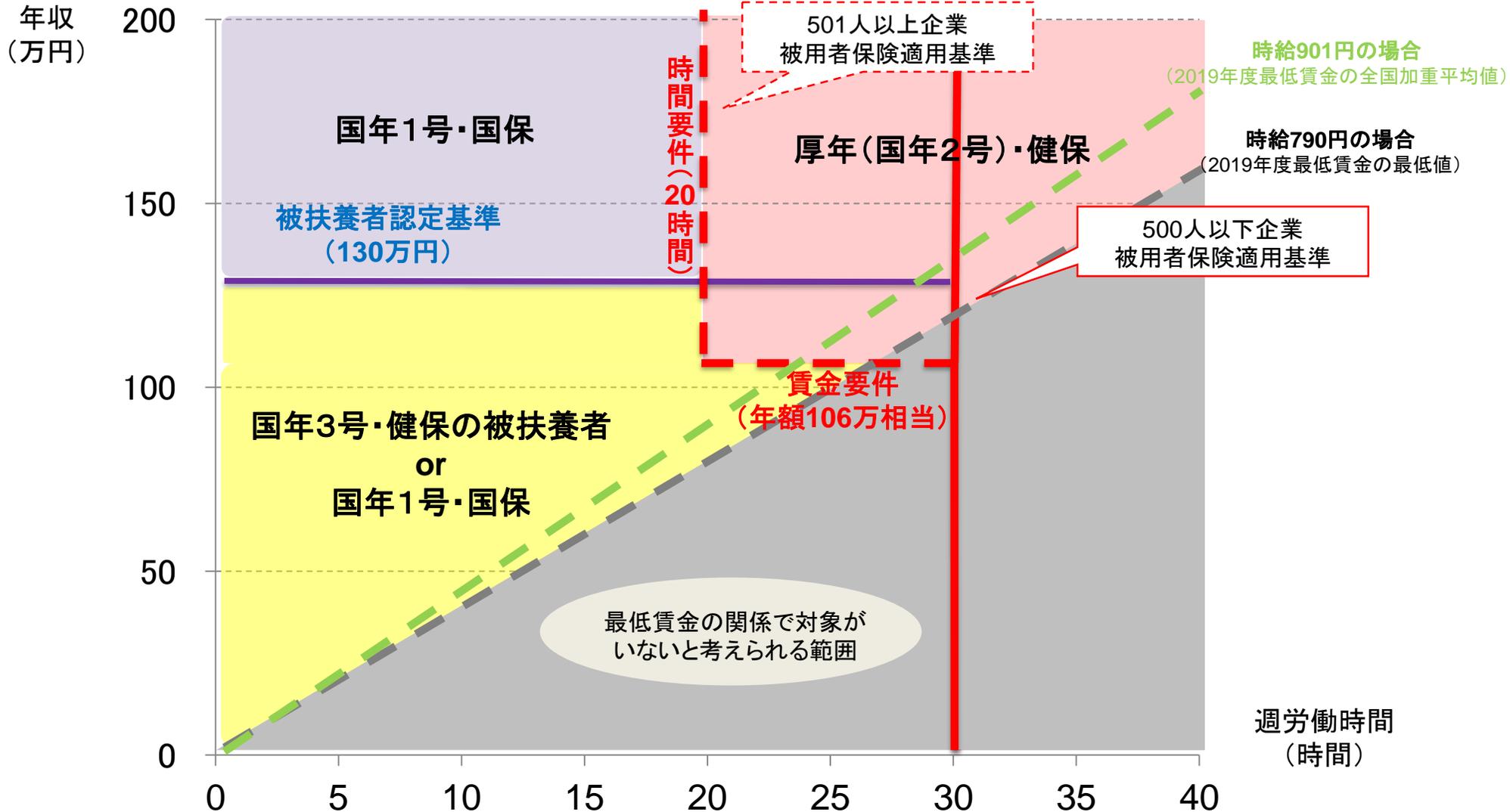


(注) 正規の職員・従業員を除く。また、フルタイムの者、週労働時間20時間未満の者、月額賃金8.8万円未満の者、国民年金第2号を除く。

(出所) 厚生労働省「公的年金加入状況等調査(平成28年)」の調査票情報(平成28年10月末時点)を年金局において独自集計したもの

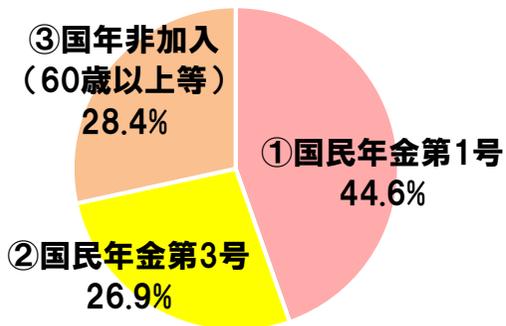
個人の働き方と社会保険の適用区分

- 短時間労働者の社会保険制度上の適用区分は、各自の働き方(労働時間及び収入)や扶養者の有無によって異なり、どの区分に属するかによって給付・負担の内容に差異が生まれることになる。



(注)被用者保険の適用基準としての賃金要件については、所定内給与から通勤手当等を除いた月額賃金で判断されるのに対して、被扶養者認定基準については年間の総収入金額で判断されることに留意が必要。

週20-30時間・月収8.8万円以上のパート労働者の被保険者区分

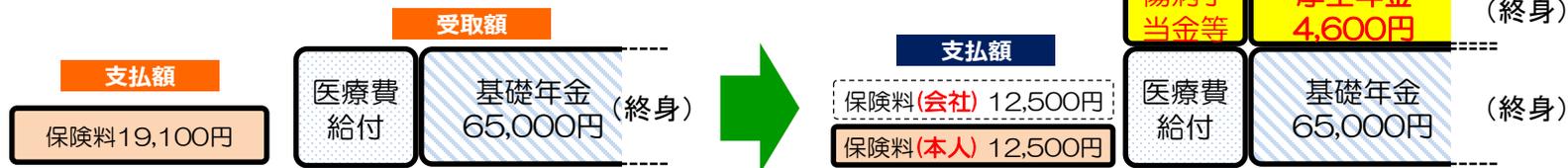


個人の受益と負担

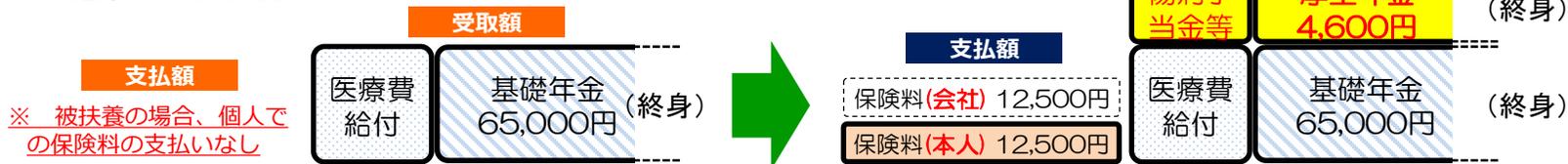
※ 月収8.8万円(年収106万円)の場合

	厚生年金保険料	健康保険料	増える報酬比例部分の年金額 (目安)	医療保険給付
20年間加入	月額8,100円	月額4,400円	月額 9,000円/年額108,600円 × 終身	医療費給付 + 傷病手当金 出産手当金
10年間加入	月額8,100円	月額4,400円	月額 4,600円/年額54,700円 × 終身	
1年間加入	月額8,100円	月額4,400円	月額 500円/年額5,400円 × 終身	

① 単身者、自営業者の配偶者など (国民年金第1号被保険者、国民健康保険加入者)



② サラリーマン家庭の主婦など (国民年金第3号被保険者、健康保険被扶養者)



③ 高齢者(60歳以上)等 (国民年金非加入者、国民健康保険加入者)

※ 国民年金非加入者には、60歳以上の者のほか、20歳未満の者等も含まれる

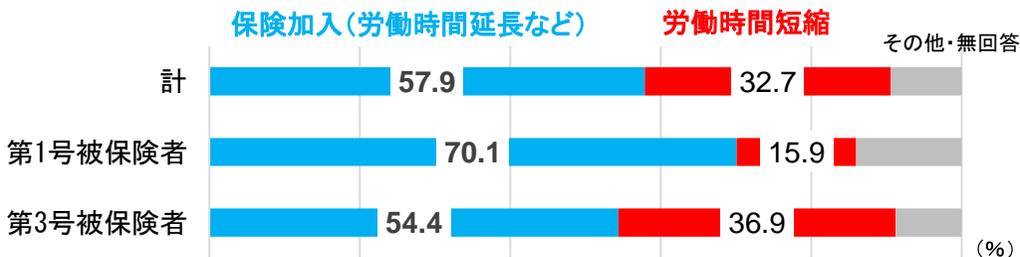


※ 図は報酬比例部分の年金額が増える分を示しているが、厚生年金の加入期間が480月(40年)に満たない者の場合は、更に経過的加算(基礎年金増に相当)が加算される。

適用拡大の労働者への影響について

- 前回の適用拡大の際には、就業調整した人より労働時間を延ばした人の方が多い。
- 実際に適用を受けた短時間労働者の収入は増加傾向。

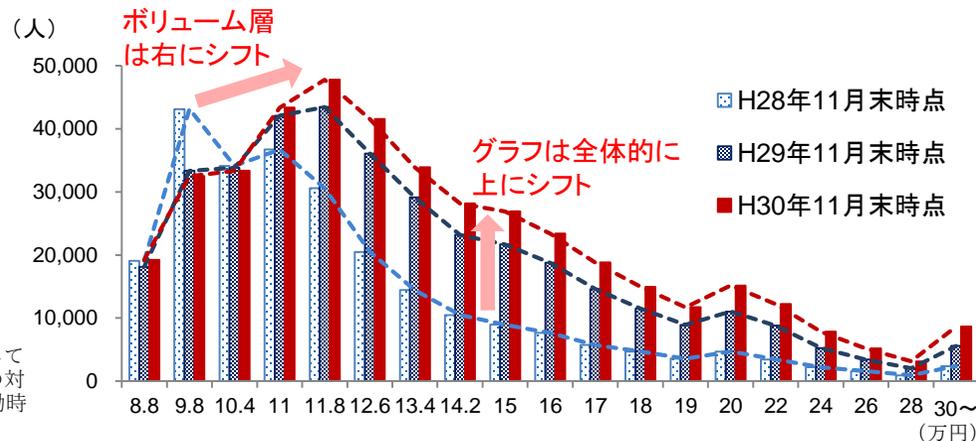
適用拡大に際して働き方を変えた者の具体的な変更内容



(注) 調査に回答した短時間労働者から元々厚生年金加入者だった者を除いた3,323人のうち、適用拡大に際して「働き方が変わった」と回答した15.8% (526人) の内訳の数値。なお、上記3,323人の中には、適用拡大の対象となった者のほか、義務的適用拡大の対象でない企業(従業員500人以下の企業等)に勤務する者、労働時間や賃金などで適用要件をそもそも満たしていない者も含まれる点に留意。

(出所) 労働政策研究・研修機構 (JILPT) 「社会保険の適用拡大に伴う働き方の変化等に関する調査」(2018)

短時間被保険者の標準報酬月額別分布



(出所) 厚生労働省「厚生年金保険・国民年金事業月報(速報)」

- 社会保険加入のメリットや働き方の変化について企業が従業員に丁寧に説明することが、就業調整の回避に有効。

前回の適用拡大の対象企業における好事例

- ✓ 社会保険加入のメリットについてパンフレットを作成し説明。厚生年金に加入すると、退職後に年金としてどの程度受け取れるのか、計算できる簡易シミュレーターを使って個別に相談。手取り給与を減らさないためには、労働時間をどの程度増やせばいいか、マトリックスを使って説明し、労働時間を増やす方向に誘導することで、会社としての総労働時間減少を食い止めた。【小売業】
- ✓ 全国の人事担当者向けに会議にて制度の周知をはかった。対象者に対し、個別に文章と日本年金機構のリーフレットを配布し、制度の周知をはかった。社会保険加入を機に、1日の所定労働時間の延長を提案した。【運輸業】
- ✓ 加入要件を満たす可能性がある全ての短時間労働者と面談を行い、社会保険に加入するか、労働時間を短縮するなどして加入しないこととするか、その利点と不利益な点を含め、個別に説明することに時間を要した。結果として、短時間労働者が労働時間を短縮する等、労働時間の確保に対する影響は軽微であった。【飲食業】

(出所) 厚生労働省実施の企業アンケート(2019年2~3月)中、2016年10月からの適用拡大の対象企業(大企業)の回答より(※趣旨を変えずに文章を縮約している部分がある)

➡ 適用拡大を更に進めるに当たり、**労働者本人への周知・企業から従業員への説明支援のための取組**を行う。

被扶養者にとっての被扶養認定基準(130万円)と被用者保険適用基準(106万円)

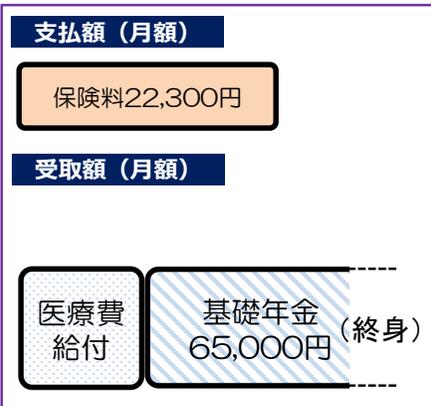
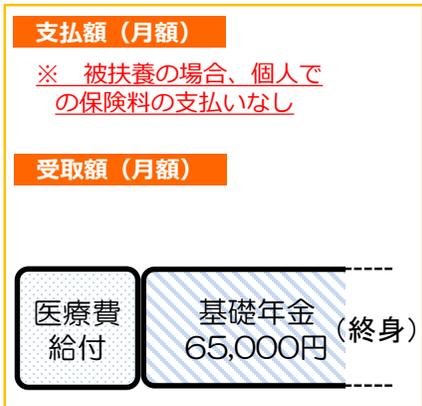
- 被扶養認定基準(130万円)と異なり、被用者保険適用基準(106万円)は、超えると給付増を伴い、保険料負担も労使折半。
- また、契約時点で適用・不適用が定まり、「130万円の壁」のように、年末に年収を抑える調整が行われる問題が生じない。

被扶養認定基準(130万円)

<給付と負担の変化>

国民年金第3号・健保被扶養者

国民年金第1号・国民健康保険

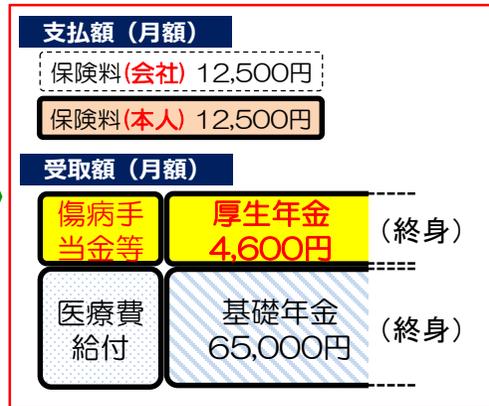


被用者保険適用基準(106万円)

<給付と負担の変化>

国民年金第3号・健保被扶養者

被用者保険 (厚生年金・健康保険)

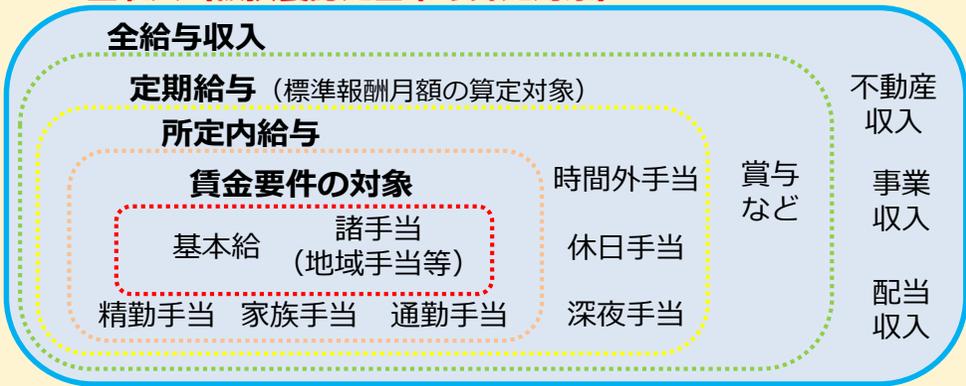


<判断方法 (時点・考慮対象)>



毎年、前年度の所得証明書類に基づき、**全収入ベース**で判断
→ 事後的判断となるため、年末に年収を抑える調整が行われる可能性

全収入 (被扶養認定基準の算定対象)

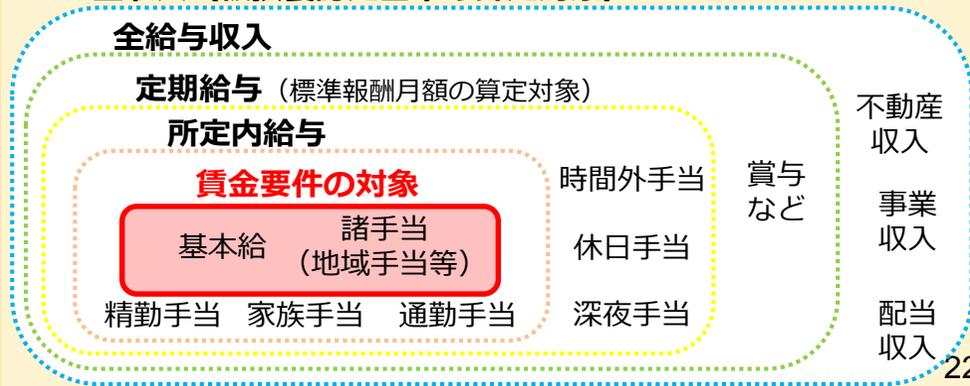


<判断方法 (時点・考慮対象)>



雇用契約を結んだ時点で、**基本給・諸手当**で判断
→ 契約時点で事前に被用者保険の適用・不適用が定まる

全収入 (被扶養認定基準の算定対象)



※ 月収8.8万円・10年加入の場合

個々の企業における追加的な保険料負担のイメージ

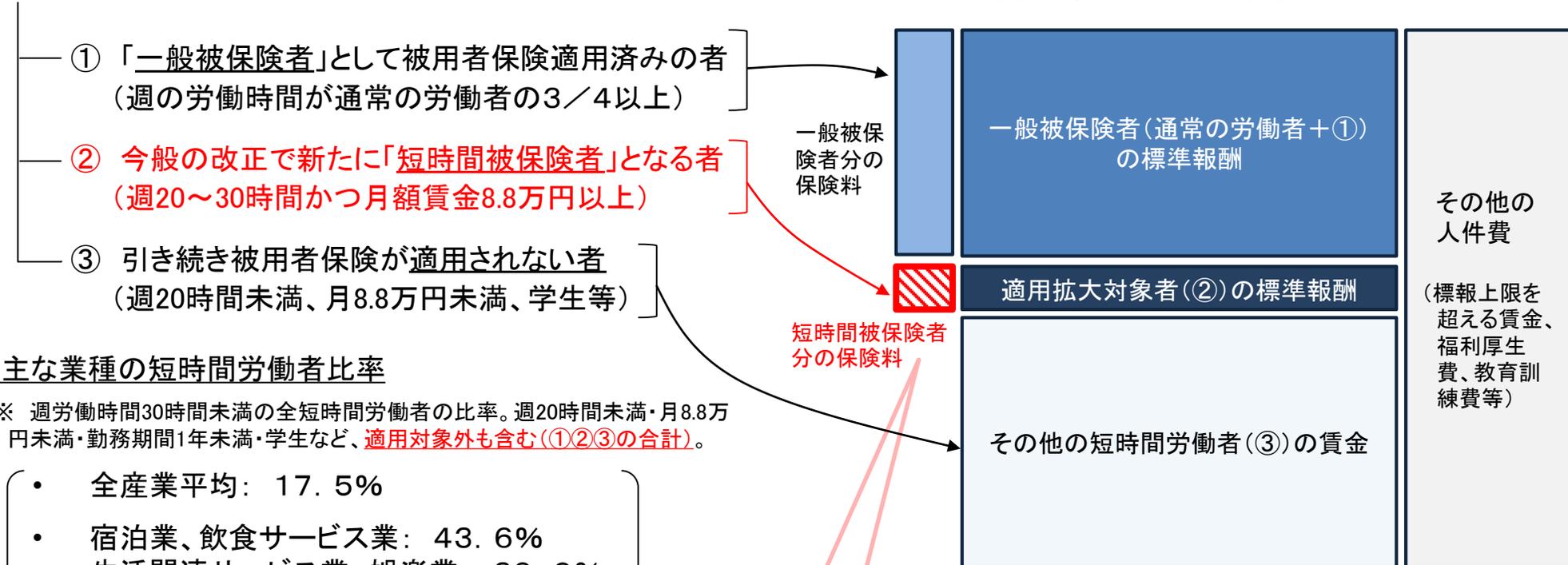
- 短時間被保険者に係る平均的な標準報酬額 **172.8万円/年**
- 厚生年金保険料率18.3% ⇒ 事業主負担分**9.15%**
- 健康保険料率10%(協会けんぽの平均料率) ⇒ 事業主負担分**5%**
(40~65歳の被保険者については、介護保険料率1.73%(協会けんぽの料率)
⇒ 事業主負担分**0.865%**)

短時間被保険者1人当たり
約24.5万円/年
(40~65歳の者の場合、
+約1.5万円)

○ 企業で働く短時間労働者

- ① 「**一般被保険者**」として被用者保険適用済みの者
(週の労働時間が通常の労働者の3/4以上)
- ② **今般の改正で新たに「短時間被保険者」となる者**
(週20~30時間かつ月額賃金8.8万円以上)
- ③ **引き続き被用者保険が適用されない者**
(週20時間未満、月8.8万円未満、学生等)

人件費に占める保険料負担増加分(イメージ)



○ 主な業種の短時間労働者比率

※ 週労働時間30時間未満の全短時間労働者の比率。週20時間未満・月8.8万円未満・勤務期間1年未満・学生など、**適用対象外も含む(①②③の合計)**。

- 全産業平均: 17.5%
- 宿泊業、飲食サービス業: 43.6%
- 生活関連サービス業、娯楽業: 30.9%
- 卸売業、小売業: 23.3%
- 医療・福祉: 20.6%

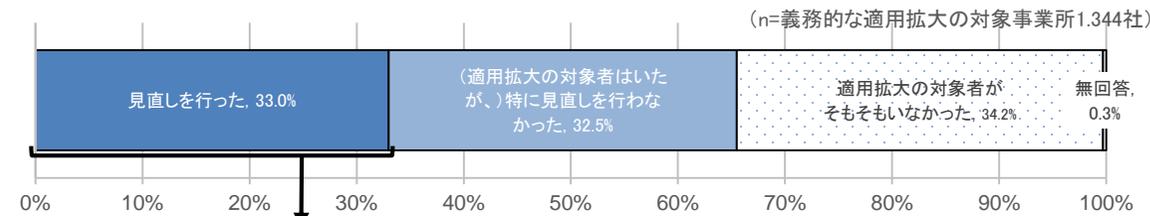
(出所)平成28年パートタイム労働者総合実態調査を特別集計

適用拡大によって事業主が新たに負担する社会保険料

適用拡大に伴う企業の雇用管理の見直し状況

- 適用拡大に伴い雇用管理上の見直しを行った事業所の中では、「所定労働時間の延長」等の適用拡大策と、「所定労働時間の短縮」等の適用回避策の両方を実施した事業所が多い。
- 見直しの理由としては、適用拡大策だけでなく、適用回避策についても短時間労働者の希望を踏まえたとの回答が多くを占め、コスト回避を企図した見直しは限定的であった。

適用拡大策に伴う雇用管理の見直しの有無及び内容

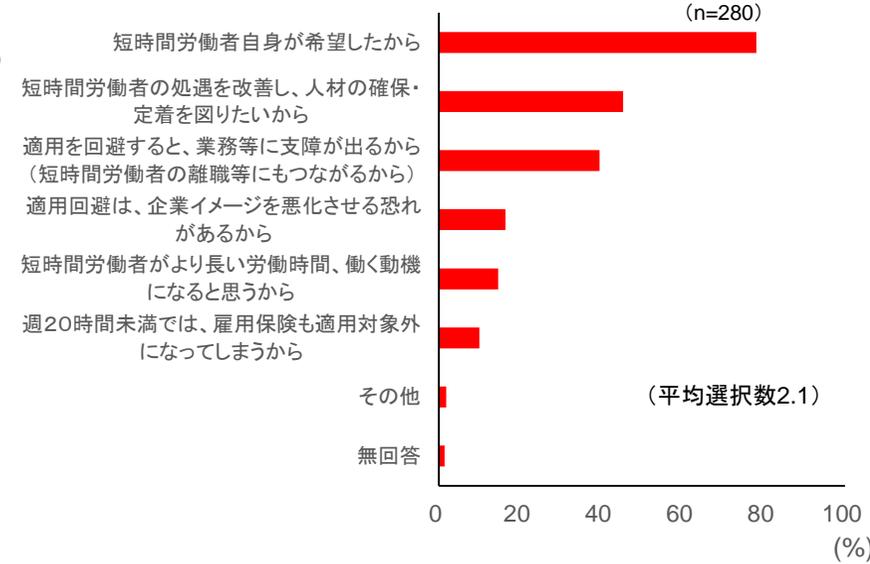


具体的な見直し内容(複数回答)		適用拡大策に相当	適用回避策に相当	
既存の対象者について	新たな適用拡大に伴い、対象者の所定労働時間を延長した(これに伴い、短時間労働者の雇用者数を抑制した等も含む)	○		57.6
	新たな適用拡大に伴い、対象者を正社員(短時間正社員を含む)へ転換した	○		15.3
	新たな適用を回避するため、対象者の所定労働時間を短縮した(これに伴い、短時間労働者の雇用者数が増大した等も含む)		○	66.1
	新たな適用を回避するため、対象者の月額賃金(年収)の水準設定を引き下げた		○	3.6
新たな雇用者について	新規求人に当たり、所定労働時間を(従前の設定より)延長した	○		5.4
	新規求人に当たっては、出来るだけ正社員(短時間正社員を含む)で採用するようにした	○		3.2
	新規求人に当たり、所定労働時間を(従前の設定より)短縮した		○	15.8
	新規求人に当たり、月額賃金(年収)の水準設定を引き下げた		○	1.6
	新規求人に当たり、雇用見込み期間を1年未満に抑制した		○	0.2
	出来るだけ、(適用除外の)学生を活用するようにした		○	1.4
	出来るだけ、70歳以上の高齢者を活用するようにした		○	0.2

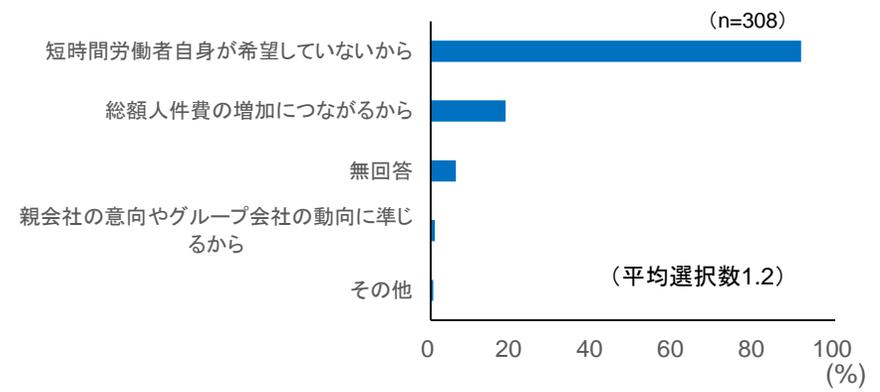
63.2% 69.5%

両方実施が47.9%

適用拡大策をとった理由(複数回答)



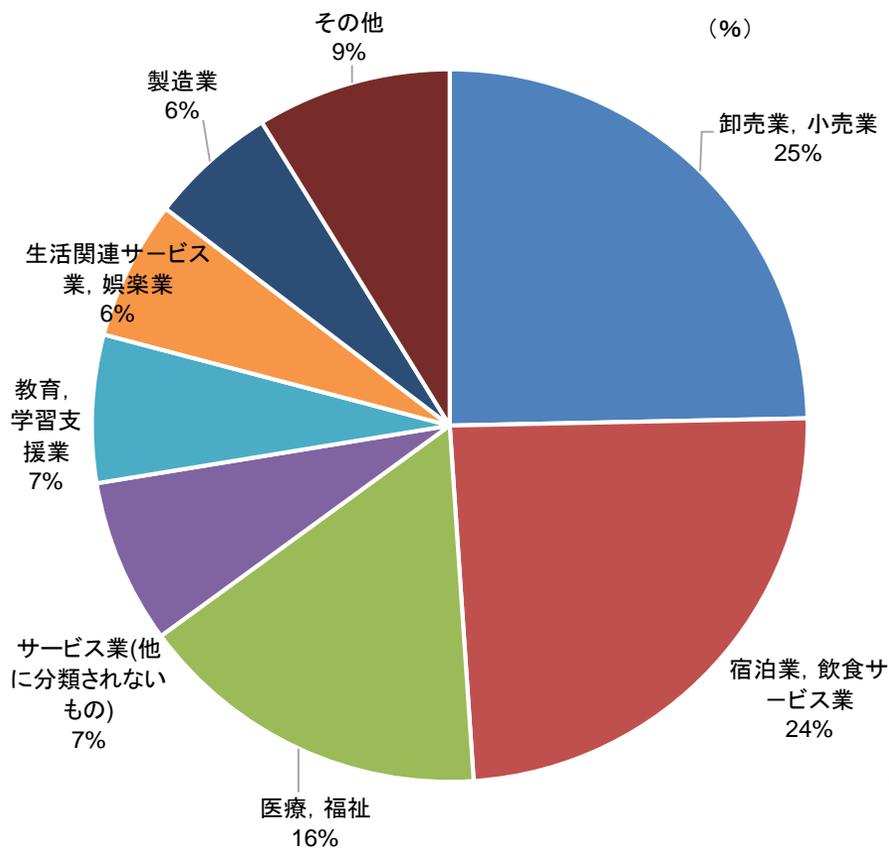
適用回避策をとった理由(複数回答)



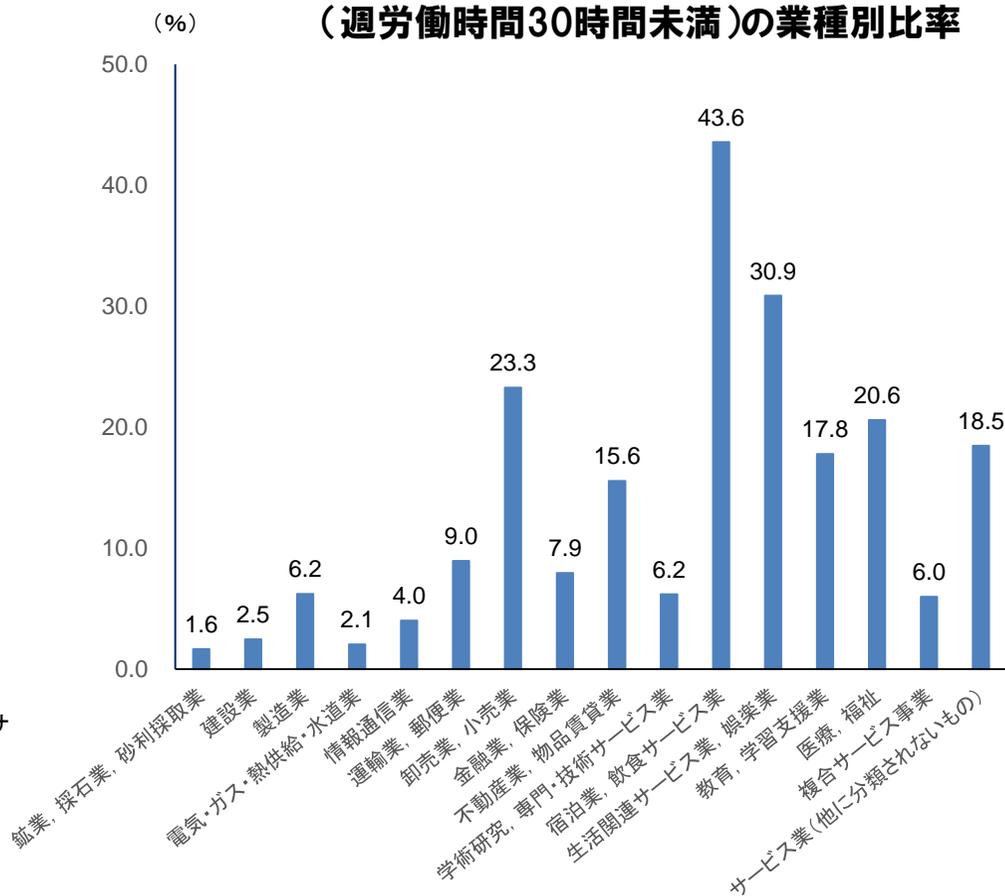
業種別のパート労働者の雇用状況

- 「卸売業・小売業」、「宿泊業・飲食サービス業」、「医療・福祉」、「生活関連サービス業・娯楽業」といった一部の業種に従業員に占めるパート労働者の比率が高く、パート労働者の多くがこうした業種に属している。
- このような特定の業種の企業に対して、短時間労働者に対する適用拡大の影響が大きい。

パート労働者(週労働時間30時間未満)の業種別分布



全従業員数に占めるパート労働者(週労働時間30時間未満)の業種別比率

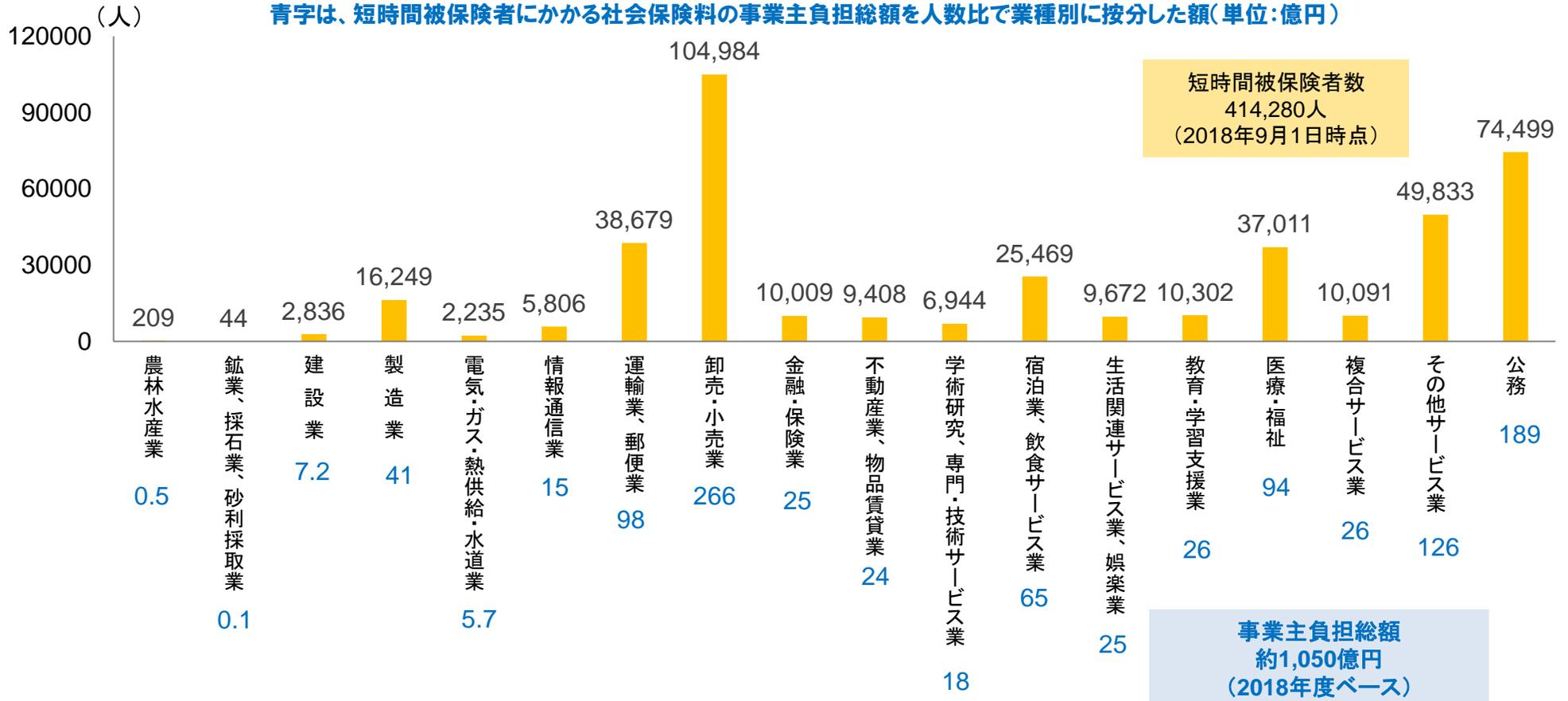


(出所)平成28年パートタイム労働者総合実態調査を特別集計して作成

前回の適用拡大の実績 (短時間被保険者数・事業主負担の業種別分布)

短時間被保険者数の業種別分布

青字は、短時間被保険者にかかる社会保険料の事業主負担総額を人数比で業種別に按分した額(単位:億円)



※ 短時間被保険者数は、強制適用分と任意適用分の合計。

(出所) 厚生年金保険 業態別・規模別適用状況調
(平成30年9月1日現在)
第82回社会保障審議会年金数理部会資料

- 事業主負担総額は、短時間被保険者にかかる厚生年金の標準報酬月額総額と標準賞与総額の合計額(2018年度分)に、厚生年金と健康保険の事業主負担分の保険料率(それぞれ9.15%、5%(協会けんぽの平均料率))を乗じたもの。
- 各業種の事業主負担額は、全業種の事業主負担額を、短時間被保険者数の業種別分布(2018年9月1日現在)によって機械的に按分したもの(業種ごとの報酬水準の差異は考慮していない)。

今回の適用拡大による事業主負担総額
約1,590億円

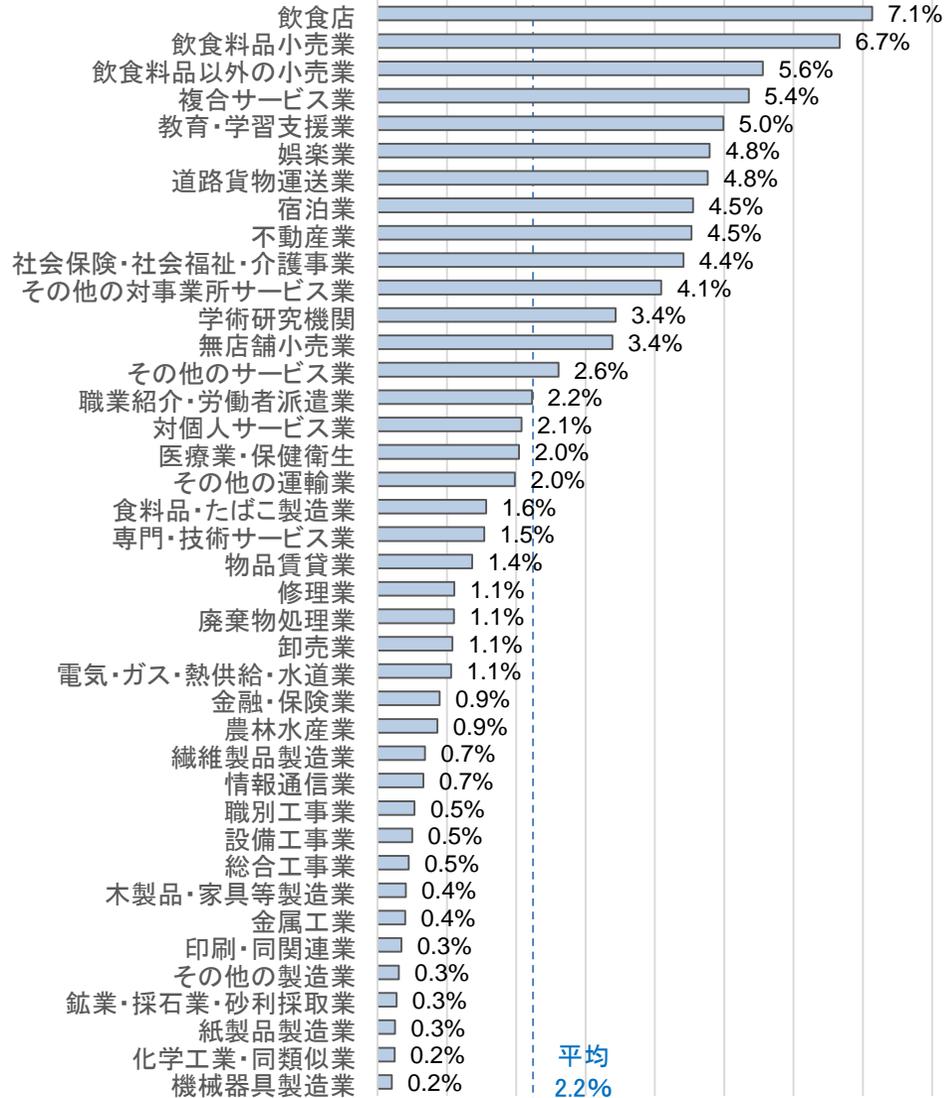
※ 50人超企業までの適用の場合を機械的に推計。なお、厚生年金保険料、健康保険料に加え、介護保険料負担も含む数値。

適用拡大に伴う負担増加割合(500人超企業における実績値)

人数ベース

短時間被保険者数／一般被保険者数

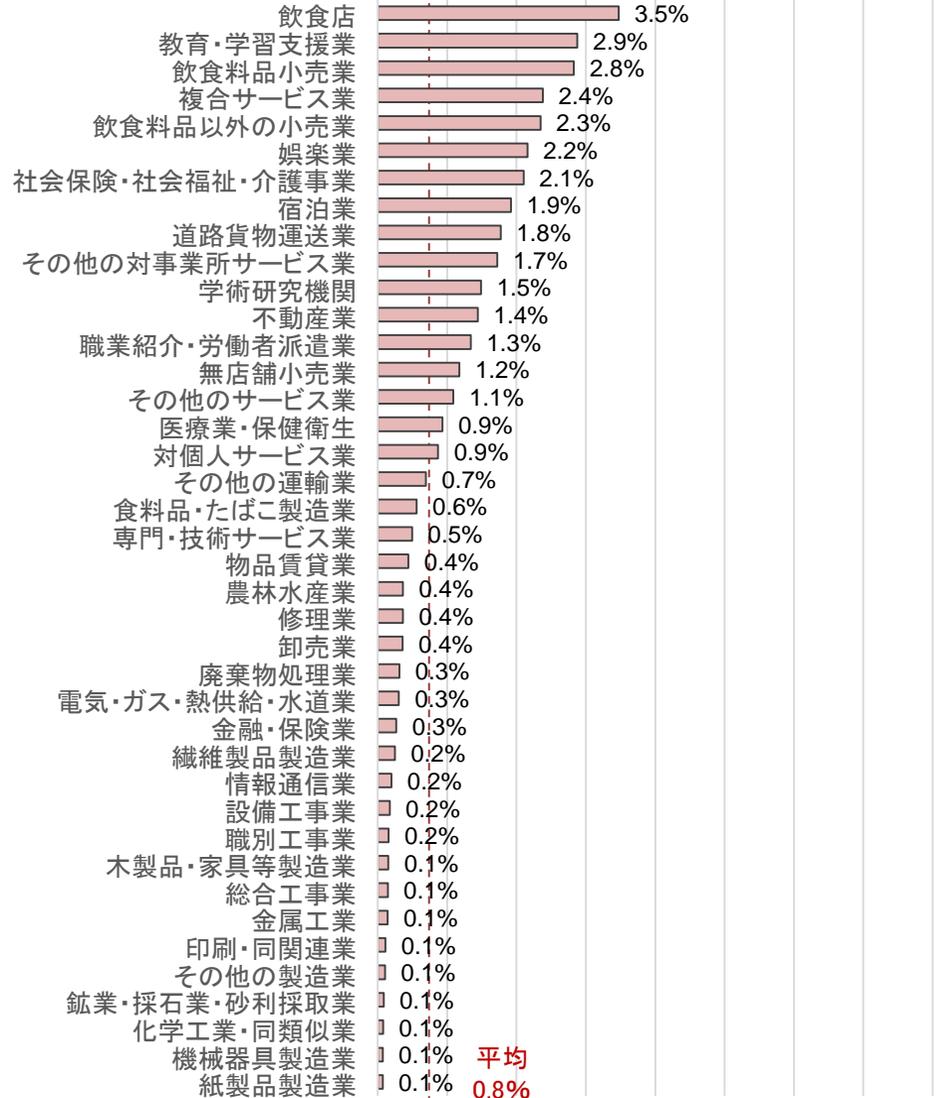
0% 1% 2% 3% 4% 5% 6% 7% 8%



標準報酬総額ベース

短時間被保険者の標報総額合計額／一般被保険者の標報総額合計額

0% 1% 2% 3% 4% 5% 6% 7% 8%

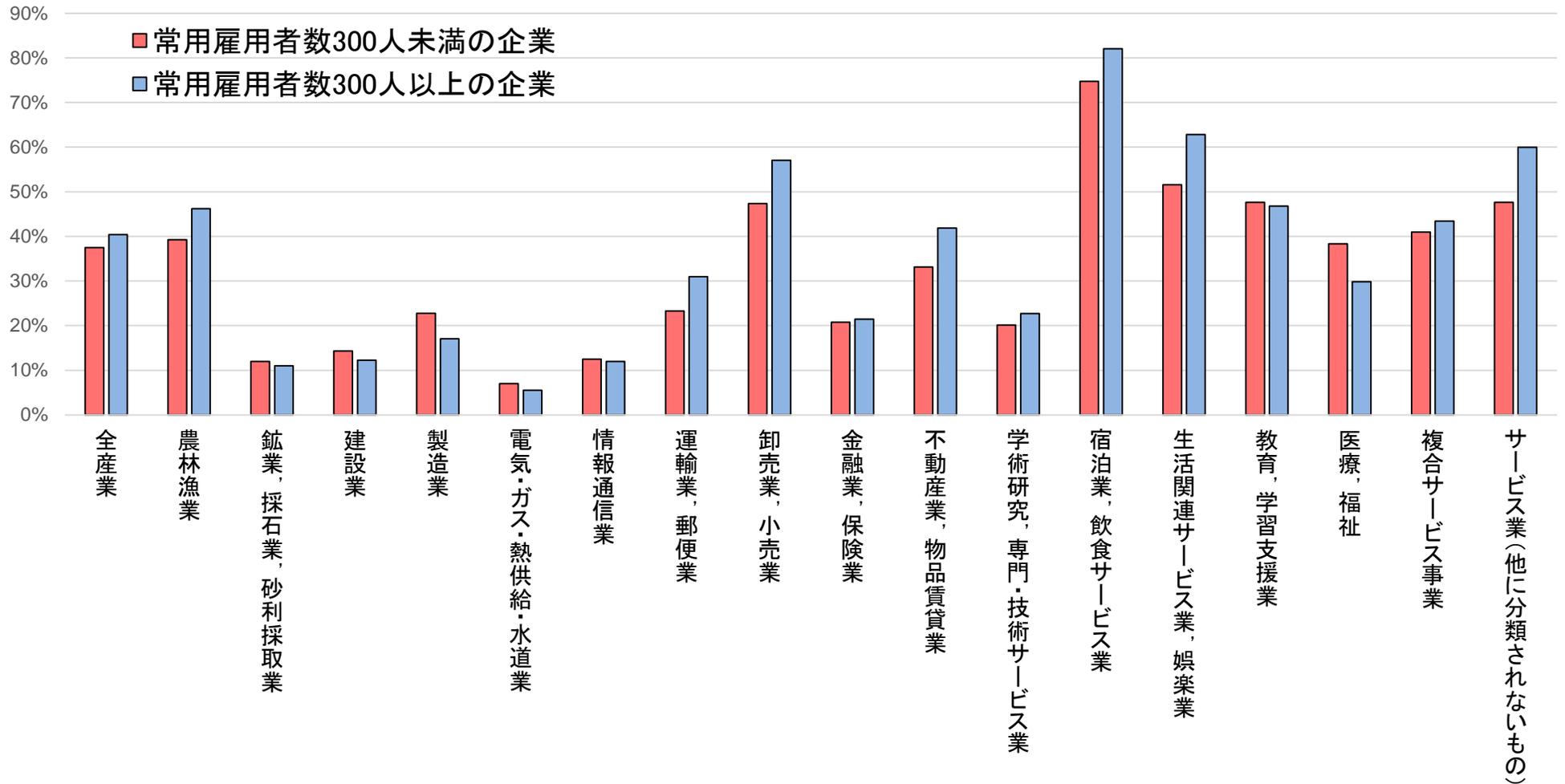


(注)平成30年9月1日時点の特定適用事業所を集計(18,850事業所。任意特定適用事業所と、公務・非営利事業を行う事業所(業態区分「公務」「政治・経済・文化団体」の事業所)を含まない)。「標準報酬総額」は、標準報酬月額に標準賞与額の1/12を加えた額。船員及び坑内員を除く。

(出所)「厚生年金保険 業態別規模別適用状況調(平成30年9月1日現在)」(厚生労働省年金局)を特別集計

企業規模ごとのパート等比率

- 企業規模の大小によって、パート等比率※に大きな傾向の違いはみられない。



※ 統計の性質上、ここでいう「パート等」は、パート労働者に限らず、正社員以外の従業員を広く含む概念。

中小企業基本法等における中小企業者の定義

業種	(中小企業基本法)		
	中小企業者		小規模企業者
	資本金又は 常時使用する従業員数		常時使用 する従業員数
① 製造業、建設業、運輸業、その他の業種	3億円以下	300人以下	20人以下
② 卸売業	1億円以下	100人以下	5人以下
③ サービス業	5,000万円以下	100人以下	5人以下
④ 小売業	5,000万円以下	50人以下	5人以下

(小規模企業振興基本法)	
小規模企業者	小企業者
常時使用する従業員数	
20人以下	5人以下
5人以下	5人以下
5人以下	5人以下
5人以下	5人以下

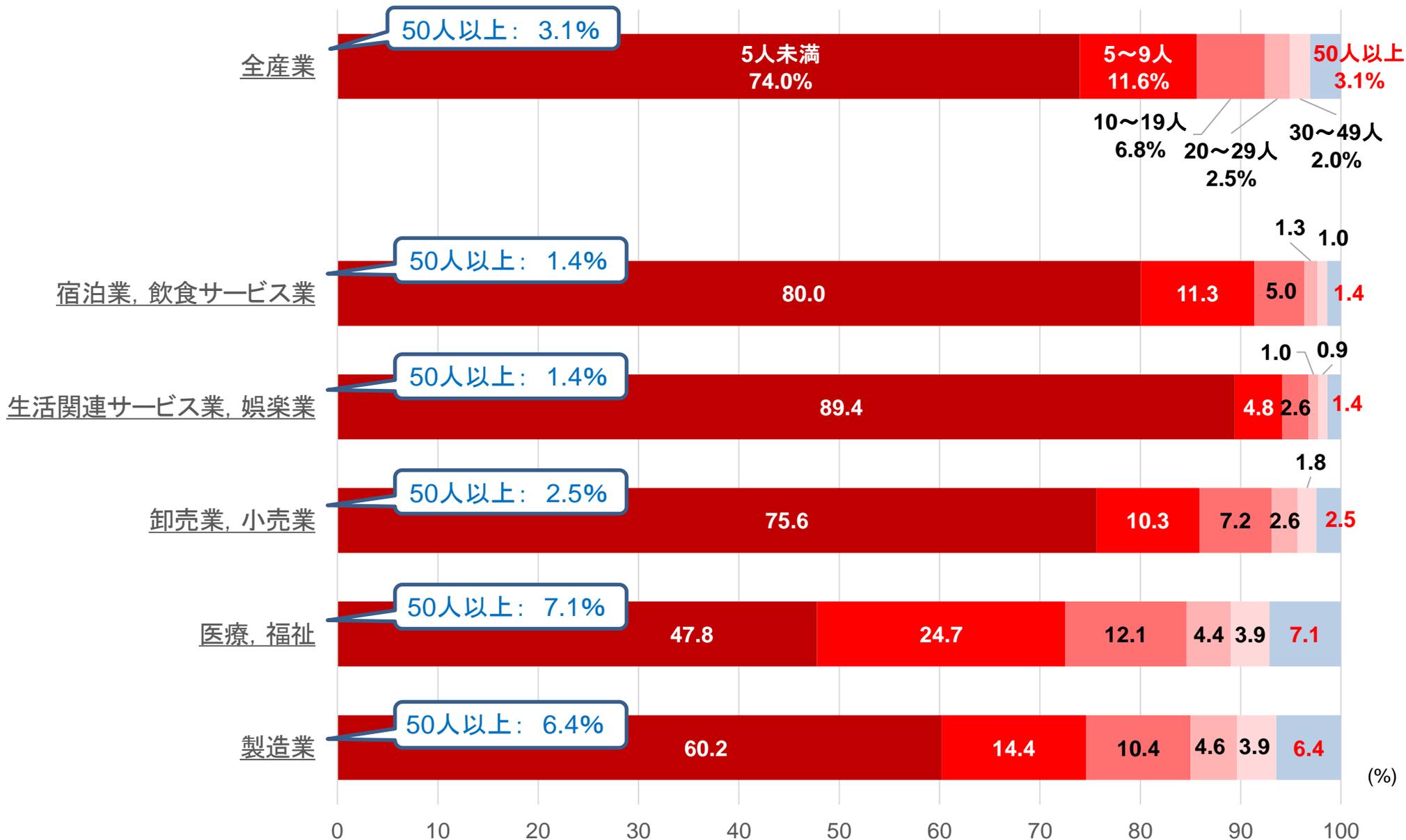
(関連法^(*)の政令特例業種) * 小規模支援法、中小企業信用保険法、小規模企業共済法

・ ゴム製品製造業	3億円以下	900人以下	
・ ソフトウェア業、情報処理サービス業	3億円以下	300人以下	
・ 旅館業	5,000万円以下	200人以下	
・ 宿泊業及び娯楽業			20人以下

※ 「常時使用する従業員」とは、労働基準法第20条の規定に基づく「予め解雇の予告を必要とする者」。
 ※ 従業員には、①日雇い入れられる者、②2箇月以内の期間を定めて使用される者、③季節的業務に4箇月以内の期間を定めて使用される者、④試の使用期間中の者、は含まれない。パート、アルバイト、派遣社員、契約社員、非正規社員及び出向者については、当該条文をもとに個別に判断される。
 ※ 会社役員及び個人事業主は予め解雇の予告を必要とする者に該当しないので、中小企業基本法上の「常時使用する従業員」には該当しない。

常用雇用者規模別の企業数の分布

※ 統計の性質上、「常用雇用者」にはパート労働者も含んでおり、企業規模要件の基準(パート労働者を含まずカウント)とは一致しない。



被用者保険の適用事業所について

- ・ 常時1名以上使用される者がいる、法人事業所 (A) …… **強制適用**
- ・ 常時5名以上使用される者がいる、法定16業種に該当する個人の事業所 (B) …… **強制適用**
- ・ 上記以外 (C) …… **強制適用外** (労使合意により任意に適用事業所となることは可能 = **任意包括適用**)

	法人	個人事業主	
		常時5人以上の者を使用する事業所	5人未満の事業所
法定16業種(※)	強制適用事業所 (A)	(B)	
上記以外の業種(非適用業種) 例: 第一次産業(農林水産業等) 接客娯楽業(旅館、飲食店等) 法務業(弁護士、税理士等) 宗教業(寺院、神社等) サービス業(飲食店・理美容店)			(C) 任意包括適用

※ 健康保険法3条3項1号及び厚生年金保険法6条1項1号に規定する以下の業種。

- | | |
|---|--------------------------------------|
| ① 物の製造、加工、選別、包装、修理又は解体の事業 | ⑨ 金融又は保険の事業 |
| ② 土木、建築その他工作物の建設、改造、保存、修理、変更、破壊、解体又はその準備の事業 | ⑩ 物の保管又は賃貸の事業 |
| ③ 鉱物の採掘又は採取の事業 | ⑪ 媒介周旋の事業 |
| ④ 電気又は動力の発生、伝導又は供給の事業 | ⑫ 集金、案内又は広告の事業 |
| ⑤ 貨物又は旅客の運送の事業 | ⑬ 教育、研究又は調査の事業 |
| ⑥ 貨物積みおろしの事業 | ⑭ 疾病の治療、助産その他医療の事業 |
| ⑦ 焼却、清掃又はと殺の事業 | ⑮ 通信又は報道の事業 |
| ⑧ 物の販売又は配給の事業 | ⑯ 社会福祉法に定める社会福祉事業及び更生保護事業法に定める更生保護事業 |

強制適用事業所 …… 約229万事業所
任意包括適用事業所 …… 約9万事業所

注: 適用事業所数は、2019年7月現在

被用者保険の強制適用事業所の変遷

【健康保険】

大正11年制度創設時

強制適用対象:工場法・鉱業法の適用を受ける事業所

任意包括対象:①物の製造、②土木・建設、③鉱物採掘、④電気、⑤運送、⑥貨物積卸

昭和9年改正

強制適用対象:①物の製造、③鉱物採掘、④電気、⑤運送(陸送のみ)のうち、常時5人以上使用する事業所を追加。(②土木・建設、⑥貨物積卸は任意包括対象のまま)

昭和16年改正

強制適用対象:⑤運送(航空機)、⑥貨物積卸、⑦焼却・清掃を追加(常時5人以上)
(②土木・建設は任意包括対象のまま)

昭和17年改正

強制適用対象:職員健康保険法の対象(⑧物の販売、⑨金融・保険、⑩保管・賃貸、⑪媒介周旋、⑫集金)、常時5人以上使用する法人(業種は問わない)を追加。
任意包括対象:業種の限定を撤廃。(健康保険のみ)

昭和28年改正

強制適用対象:②土木等、⑬教育・研究、⑭医療、⑮通信・報道、⑯社会福祉を追加(常時5人以上)

※社会保障制度審議会からは、60年改正にあたり「基礎年金の導入に伴い、5人以上の事業所等の被用者との不均衡が拡大する」ことから、「この問題(5人未満事業所)の解決に着手する」ことが強く求められていた。その上で、対象を「法人」に限った理由としては、雇用実態の把握が比較的容易であること、事業所の事務処理能力が一定程度期待できること、公簿により事業所の成立等が確認できることが挙げられている。

昭和59年改正(健保)、昭和60年改正(厚年)

5人未満事業所等のうち、「法人」の事業所を強制適用対象に。

【厚生年金保険】

※主として中小企業における事業主の保険料の負担能力の点を考慮して10人以上使用の事業所に限定し、女子についてはその勤続期間が短いことから強制被保険者の対象から除くこととされた。

昭和17年制度創設時(労働者年金保険)

原則として、健康保険の強制被保険者が被保険者。ただし、常時10人未満の事業所、女子等は適用除外とされていた。

昭和19年改正(厚生年金保険法)

強制適用対象として、常時5人以上を使用する事業所、女子を追加し、任意包括の制度も設け、健康保険法と同じ枠組みとなった。

昭和44年改正

附則で、「政府は、常時5人以上の従業員を使用しないことにより厚生年金保険の適用事業所とされていない事業所について、他の社会保険制度との関連も考慮しつつ、適用事業所とするための効率的方策を調査研究し、その結果に基づいて、すみやかに、必要な措置を講ずる」旨規定。

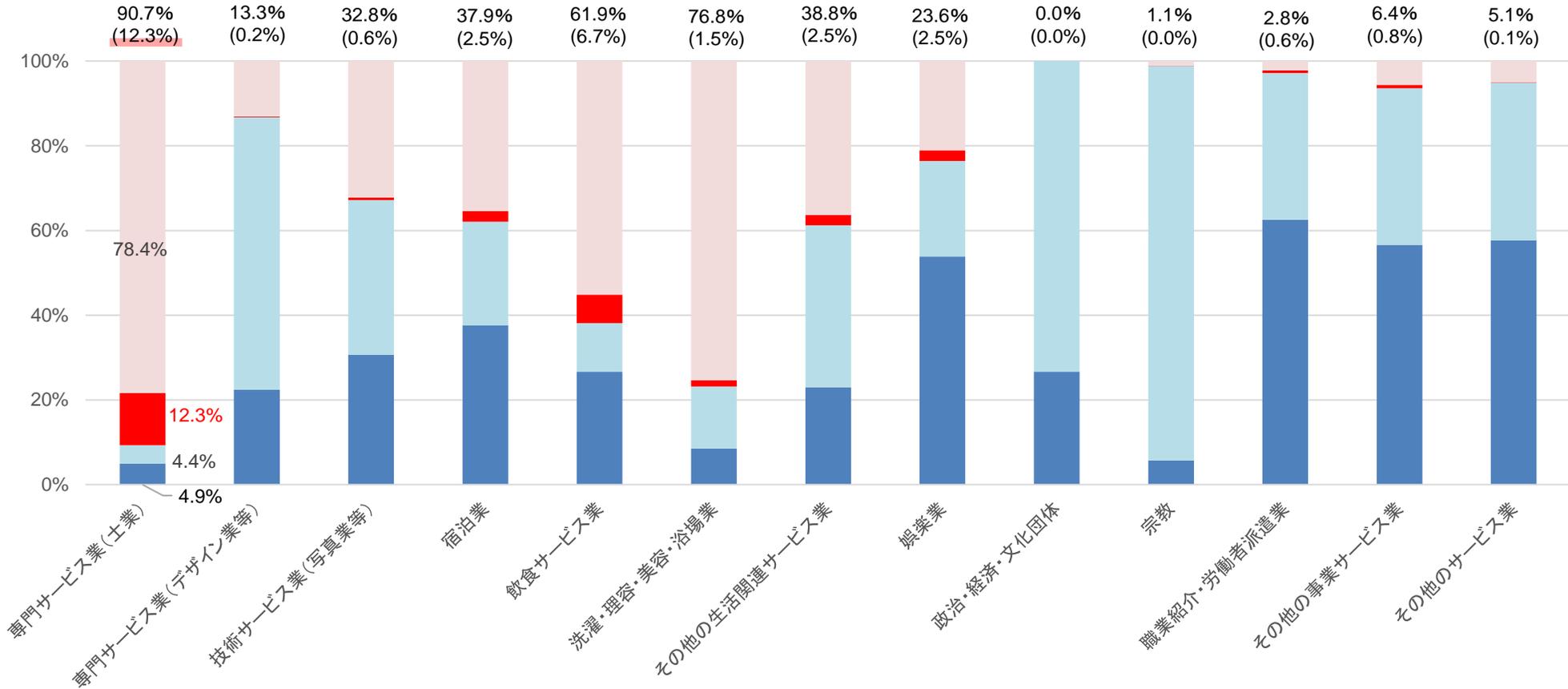
非適用業種別の法人・個人比率

- 主な非適用業種の中では、一部業種において、全事業所に占める個人事業所の割合が高い。
- 特に士業においては、常用雇用者数5人以上の個人事業所の割合が他の業種に比して高い。

全事業所に占める個人事業所の割合
 ※ ()内は個人かつ5人以上の事業所の割合

各非適用業種の事業所数の経営形態別・常用雇用者規模別内訳

■ 法人5人以上 ■ 法人5人未満 ■ 個人5人以上 ■ 個人5人未満

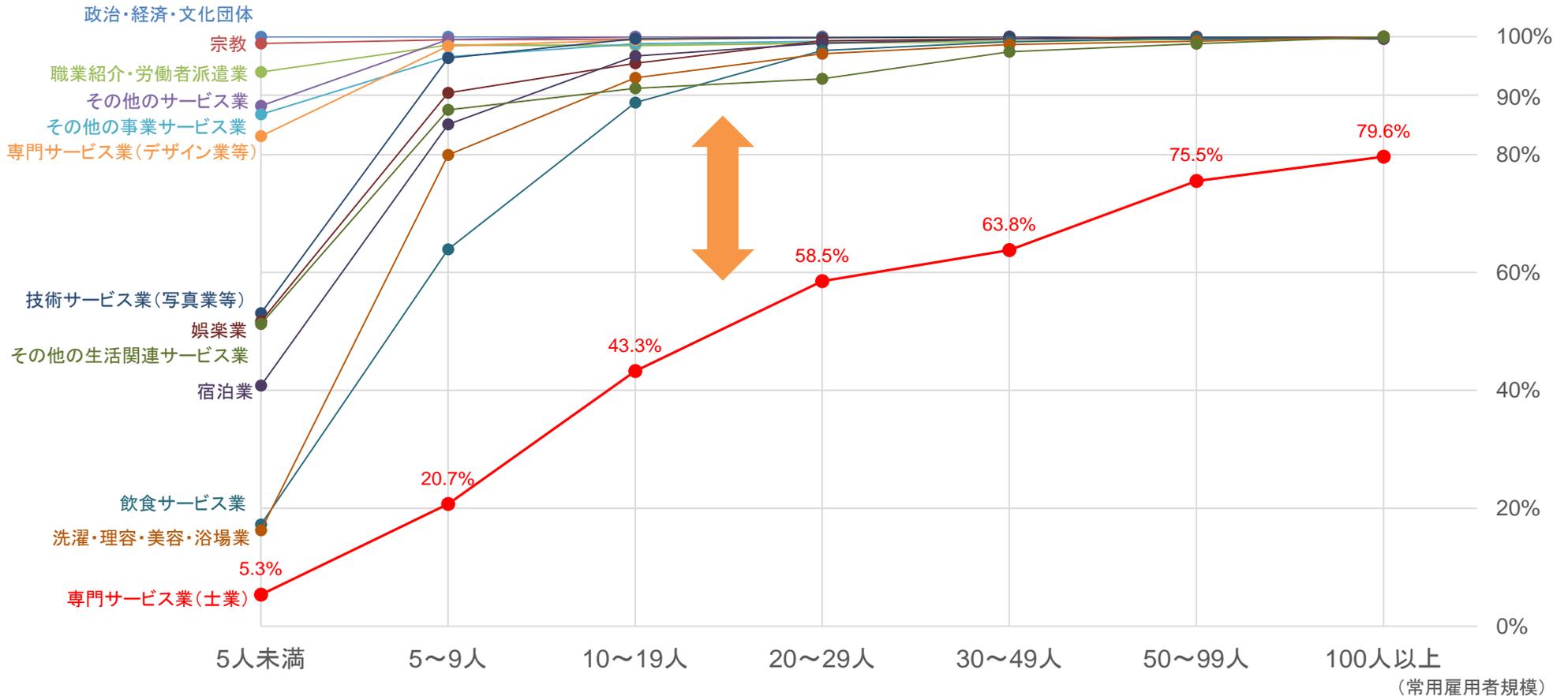


※ 「常用雇用者」には、労働時間の短いパートなども含まれており、被用者保険制度上、強制適用事業所となる基準である「常時5名以上」の判断ではカウントされない者を含むことに留意。
 ※ 「専門サービス業(士業)」は、弁護士、弁理士、公証人、司法書士、土地家屋調査士、行政書士、公認会計士、税理士、社会保険労務士からなる。なお、すべて「法人でない団体」は除いた数値。

非適用業種別の規模別法人割合

- 多くの業種で、法人割合は事業所規模が大きくなるほど上昇する傾向にある。
- ただし、土業においては、他の業種であれば大宗が法人化しているような規模でも個人事業所に留まっている割合が高く、常用雇用者数5～9人で法人2割・個人8割、常用雇用者数100人以上でも法人8割・個人2割となっている。

常用雇用者規模別の法人割合



※ 「常用雇用者」には、労働時間の短いパートなども含まれており、被用者保険制度上、強制適用事業所となる基準である「常時5名以上」の判断ではカウントされない者を含むことに留意。
 ※ 「専門サービス業(土業)」は、弁護士、弁理士、公証人、司法書士、土地家屋調査士、行政書士、公認会計士、税理士、社会保険労務士からなる。なお、すべて「法人でない団体」は除いた数値。

士業の法人化について

- 士業の法人割合が高くない要因としては、法人化に際して制度上一定の制約条件があるか、法人化がそもそも制度上不可能であることが関係している可能性がある。
- そのような特性を持つ業種を見ると、全て法律・会計に係る行政手続等を扱う業種であり、一般的に、被用者保険適用に係る事務処理能力が期待できるといえる。

- 弁護士
(⇒弁護士法人)
- 司法書士
(⇒司法書士法人)
- 行政書士
(⇒行政書士法人)
- 土地家屋調査士
(⇒土地家屋調査士法人)
- 公認会計士
(⇒監査法人)
- 税理士
(⇒税理士法人)
- 社会保険労務士
(⇒社会保険労務士法人)
- 弁理士
(⇒特許業務法人)
- 公証人
- 海事代理士

**法人化に際して
制約条件がある**

■ 制約条件の例

- 社員（法人出資者）は各士業の有資格者でなければならない（一部士業では複数人の有資格者の連名が必要）
- 法人の事業内容が各士業の専門分野に法律上限定されている
- 代表者・業務執行者は社員（法人出資者）でなければならない
- 社員（法人出資者）は無限連帯責任を負う

(参考)株式会社の場合

- 出資者の資格・人数に制限はない
- 事業内容は定款で定める
- 出資者と代表者・業務執行者は分離可能（所有と経営の分離）
- 出資者は出資の限度で責任を負う（有限責任）

法人化が不可能

→ 該当する10の士業を適用対象とする

(弁護士・司法書士・行政書士・土地家屋調査士・公認会計士・税理士・社会保険労務士・弁理士・公証人・海事代理士)

適用拡大に関する検討規定

公的年金制度の財政基盤及び最低保障機能の強化等のための国民年金法等の一部を改正する法律(平成24年8月10日法律第62号)

(検討等)

第二条 (略)

- 2 政府は、**短時間労働者に対する厚生年金保険及び健康保険の適用範囲について、平成三十一年九月三十日までに検討を加え、その結果に基づき、必要な措置を講ずる。**

持続可能な社会保障制度の確立を図るための改革の推進に関する法律(平成25年12月13日法律第112号)

(公的年金制度)

第六条 (略)

- 2 政府は、公的年金制度を長期的に持続可能な制度とする取組を更に進め、社会経済情勢の変化に対応した保障機能を強化し、並びに世代間及び世代内の公平性を確保する観点から、公的年金制度及びこれに関連する制度について、次に掲げる事項その他必要な事項について検討を加え、その結果に基づいて必要な措置を講ずるものとする。
 - 一 国民年金法(昭和三十四年法律第百四十一号)及び厚生年金保険法(昭和二十九年法律第百十五号)の調整率に基づく年金の額の改定の仕組みの在り方
 - 二 **短時間労働者に対する厚生年金保険及び健康保険の適用範囲の拡大**
 - 三 高齢期における職業生活の多様性に応じ、一人一人の状況を踏まえた年金受給の在り方
 - 四 高所得者の年金給付の在り方及び公的年金等控除を含めた年金課税の在り方の見直し

公的年金制度の持続可能性の向上を図るための国民年金法等の一部を改正する法律(平成28年12月26日法律第114号)

(検討)

- 2 政府は、この法律の**施行後速やかに**、この法律の施行の状況等を勘案し、公的年金制度を長期的に持続可能な制度とする取組を更に進め、社会経済情勢の変化に対応した保障機能を一層強化し、並びに世代間及び世代内の公平性を確保する観点から、公的年金制度及びこれに関連する制度について、**持続可能な社会保障制度の確立を図るための改革の推進に関する法律(平成二十五年法律第百十二号)第六条第二項各号に掲げる事項**その他必要な事項(次項に定める事項を除く。)について検討を加え、その結果に基づいて必要な措置を講ずるものとする。

2 (略)

短時間労働者に対する適用拡大に関する最近の政府方針①

働き方改革実行計画（平成29年3月28日働き方改革実現会議決定） 抄

6. 女性・若者の人材育成など活躍しやすい環境整備

(2) 多様な女性活躍の推進

また、働きたい人が就業調整を意識せずに働くことができる環境をつくる。

配偶者控除等については、配偶者の収入制限を103万円から150万円に引き上げる。なお、若い世代や子育て世帯に光を当てていく中で、個人所得課税の改革について、その税制全体における位置づけや負担構造のあるべき姿について検討し、丁寧に進めていく。

就業調整を意識しなくて済む仕組みの構築は、税制だけで達成できるものではない。短時間労働者の被用者保険の適用拡大の円滑な実施を図るとともに、更なる適用拡大について必要な検討を行い、その結果に基づいて必要な措置を講ずる。

高齢社会対策大綱（平成30年2月16日閣議決定） 抄

第2 分野別の基本的施策

1 就業・所得

1) 社会保障

ウ 働き方に中立的な年金制度の構築

働きたい人が働きやすい環境を整えるとともに、短時間労働者に対する年金などの保障を厚くする観点から、短時間労働者の就労実態や企業への影響等を勘案しつつ、更なる被用者保険の適用拡大に向けた検討を着実に進める。

骨太の方針2018（平成30年6月15日閣議決定） 抄

4. 主要分野ごとの計画の基本方針と重要課題

(1) 社会保障

(生涯現役、在宅での看取り等)

働き方の多様化を踏まえ、勤労者が広く被用者保険でカバーされる勤労者皆保険制度※の実現を目指して検討を行う。その際、これまでの被用者保険の適用拡大及びそれが労働者の就業行動に与えた影響についての効果検証を行う。

※被用者保険の更なる適用拡大。

短時間労働者に対する適用拡大に関する最近の政府方針②

成長戦略実行計画（令和元年6月21日閣議決定）抄

第1章 基本的考え方

（4）人の変革

④多様な働き方の拡大のインフラ整備

多様な働き方の拡大に対応するため、勤労者皆社会保険の実現を目指して、被用者保険の短時間労働者等に対する適用拡大を進める必要がある。

骨太の方針2019（令和元年6月21日閣議決定）抄

第3章 経済再生と財政健全化の好循環

2. 経済・財政一体改革の推進等

（2）主要分野ごとの改革の取組

① 社会保障

（多様な就労・社会参加に向けた年金制度改革等）

高齢者、女性をはじめとして多様な就労・社会参加を促進するため、勤労者が広く被用者保険でカバーされる勤労者皆社会保険制度※の実現を目指して検討を行う。働き方の多様化に応じた年金受給開始時期の選択肢の拡大、被用者保険の適用拡大について検討を進めるなど、多様な生き方、働き方に対応した社会保障制度を目指す。（略）

短時間労働者に対する厚生年金保険及び健康保険の適用範囲について、これまでの被用者保険の適用拡大及びそれが労働者の就業行動に与えた影響についての効果検証を行いつつ、法案提出も含めた必要な措置を講ずる。（略）

※被用者保険の更なる適用拡大。

短時間労働者に対する適用拡大に関する最近の政府方針③

全世代型社会保障検討会議中間報告（令和元年12月19日）（抄）

第2章 各分野の具体的方向性

1. 年金

人生100年時代を迎え、働き方やライフスタイルが多様化する中で、年金制度においても、多様な就労への対応、より長く働くことへの支援、自らの選択によって高齢期の経済基盤の充実を図ることができるための環境整備を進める。このため、**2020年の通常国会に必要な法案の提出を図る。**

（2）厚生年金（被用者保険）の適用範囲の拡大

多様な働き方が拡大し、産業構造や就労構造の変化のスピードも速くなる中でも、全ての世代が安心して働くことができ、老後の安心を確保するためには、働き方の形態にかかわらず充実した社会保障制度を整備する必要がある。

現在は、週労働時間20～30時間の短時間労働者については、従業員500人以下の企業で働く場合、被用者であるにもかかわらず、厚生年金（被用者保険）への加入が強制されていないため、この企業規模要件について見直しを行う必要がある。

一方、中小企業・小規模事業者は、利益率が大企業に比して低く、労働分配率も高水準になっており、最低賃金引上げや働き方改革など多くの課題に直面する中で、適用拡大による新たな事業者負担が大きな影響を及ぼすことが危惧される。

他方、適用拡大の影響は業種によって異なり、特にパート比率の高い卸売・小売業やサービス業などで深刻と思われることから、そうした業界の声をよく聞きながら検討する必要がある。また、改革が実行される場合には、段階的な適用拡大の検討や中小企業・小規模事業者の生産性向上への支援、取引慣行の是正が必要である。

以上を踏まえ、今回の改正では、**50人超規模の企業まで厚生年金（被用者保険）の適用範囲を拡大することとする。スケジュールについては、2024年10月に50人超規模の企業まで適用することとし、その施行までの間にも、できるだけ多くの労働者の保障を充実させるため、2022年10月に100人超規模の企業までは適用することを基本とする。**

この際、中小企業・小規模事業者の生産性向上への支援を図るため、先端技術の実装を含め、革新的な製品・サービス開発のための設備投資支援や、小規模事業者に特化した販路開拓支援、ITツールの導入支援等を複数年にわたって継続的に実施する仕組みを構築し、必要な財源を確保することとする。

あわせて、**短時間労働者への適用要件のうち、1年以上の勤務期間要件は、実務上の取扱いの現状も踏まえて撤廃し、フルタイムの被保険者と同様の2ヶ月超の要件を適用する。**

また、**5人以上の個人事業所のうち、弁護士・税理士・社会保険労務士等の法律・会計事務を取り扱う士業について、適用業種に追加する。**

「働き方の多様化を踏まえた社会保険の対応に関する懇談会」について

- 法律上、短時間労働者に対する社会保険（健康保険・厚生年金保険）の適用範囲については、2019年9月末までに検討を行うこととされている。
- 加えて、平均寿命が延伸し「人生100年時代」を迎え、「教育・仕事・引退」という3ステージの単線型の人生からマルチステージの人生を送るようになる中で、働き方の多様化に向けた動きが生じている。
- これらの動きを踏まえた社会保険制度としての課題や対応について、社会保障審議会の医療保険部会及び年金部会における検討に資するよう、保険局長及び年金局長の招集により、関連分野の有識者や労働者・使用者団体からなる懇談会を開催。
- 以下の論点について、被用者にふさわしい保障の実現、働き方や雇用の選択を歪めない制度の構築等の観点から検討。
 - ✓ 短時間労働者に対する社会保険の適用範囲のあり方
 - ✓ 働き方の多様化等を踏まえた社会保険の適用におけるその他の課題

構成員

○有識者

座長 遠藤 久夫	国立社会保障・人口問題研究所長
海上 泰生	立教大学兼任講師（日本政策金融公庫総合研究所主席研究員）
海老原 嗣生	株式会社ニッチモ代表取締役
菅原 琢磨	法政大学経済学部教授
田中 和子	博報堂リーママプロジェクトファウンダー・株式会社VoiceVision
原 佳奈子	株式会社TIMコンサルティング取締役
平田 未緒	株式会社働きかた研究所代表取締役
山田 久	日本総合研究所理事

○労働者・使用者団体等

健康保険組合連合会	全国町村会
全国健康保険協会	日本経済団体連合会
全国市長会	日本商工会議所
全国商工会連合会	日本労働組合総連合会
全国知事会	UAゼンセン
全国中小企業団体中央会	計 19名

各回の経過

第1回（2018年12月18日）	事務局説明・意見交換	第6回（2019年5月31日）	意見交換
第2回～第4回（2019年2～3月）	関係団体ヒアリング（計3回・13団体）	第7回（2019年9月2日）	議論の整理
第5回（2019年4月16日）	ヒアリング・企業アンケート・JILPT調査結果に係る議論	第8回（2019年9月20日）	議論のとりまとめ

ヒアリング先（※ヒアリング実施順）

- 全国ビルメンテナンス協会
- 日本フードサービス協会
- 日本チェーンストア協会
- 日本スーパーマーケット協会
- UAゼンセン
- NPO法人しんぐるまざあず・ふぉーらむ
- 全国社会保険労務士会連合会
- 全国スーパーマーケット協会
- 日本惣菜協会
- プロフェッショナル&パラルルキャリア・フリース協会
- 『民間事業者の質を高める』全国介護事業者協議会
- 全国生活衛生同業組合中央会
- 全国コミュニティ・ユニオン連合会

全世代型社会保障検討会議 中間報告

令和元年12月19日
全世代型社会保障検討会議

全世代型社会保障検討会議 中間報告

(目次)

第1章 基本的考え方	1
(1) はじめに.....	1
(2) 経済社会の現状.....	1
(3) 今後の取組の基本的考え方.....	2
(4) 今後の改革の視点.....	3
第2章 各分野の具体的方向性	5
1. 年金.....	5
(1) 受給開始時期の選択肢の拡大.....	5
(2) 厚生年金（被用者保険）の適用範囲の拡大.....	5
(3) 在職老齢年金制度の見直し等.....	6
(4) ねんきん定期便等の見直し.....	6
(5) 私的年金の見直し.....	6
2. 労働.....	6
(1) 70歳までの就業機会確保.....	6
(2) 中途採用・経験者採用の促進.....	8
(3) 兼業・副業の拡大.....	8
(4) フリーランスなど、雇用によらない働き方の保護の在り方.....	8
3. 医療.....	9
(1) 医療提供体制の改革.....	9
(2) 大きなリスクをしっかりと支えられる公的保険制度の在り方.....	9
4. 予防・介護.....	11
(1) 保険者努力支援制度の抜本強化.....	11
(2) 介護インセンティブ交付金の抜本強化.....	12
(3) エビデンスに基づく政策の促進.....	12
(4) 持続可能性の高い介護提供体制の構築.....	12
第3章 来年夏の最終報告に向けた検討の進め方	13

第1章 基本的考え方

(1) はじめに

政府は、本年9月に全世代型社会保障検討会議を設置し、少子高齢化と同時にライフスタイルが多様となる中で、人生100年時代の到来を見据えながら、お年寄りだけではなく、子供たち、子育て世代、さらには現役世代まで広く安心を支えていくため、年金、労働、医療、介護など、社会保障全般にわたる持続可能な改革を検討してきた。

与党においても並行して検討が進められ、自由民主党では、①就労しやすい社会づくり、②個性・多様性を尊重し支えていく環境づくり、③社会保障の持続可能性の重視という3つの原則を念頭に議論が行われ、本年12月17日に政府に対する提言が行われた。また、公明党では、誰もが安心して暮らすことのできる全世代型社会保障の構築に向けて、本年12月18日に政府への中間提言が行われた。

本中間報告は、これら与党からの提言を踏まえ、全世代型社会保障検討会議における現時点での検討成果について、中間的な整理を行ったものである。

来年夏の最終報告に向けて、与党の意見を更にしっかり聞きつつ、検討を深めていく。

(2) 経済社会の現状

(人生100年時代とライフスタイルの多様化)

我が国は、今、人生100年時代を迎えている。ある海外の研究¹を基にすれば、現在、我が国に生まれる子供の半数が100歳以上の人生を生きると言われている。

こうした人生100年時代には、新卒で一斉に会社に入り、その会社一社で勤め上げて、定年で一斉に退職して老後の生活を送るといった単線型の人生は時代に適合しなくなる。今後は、幾つになっても、学び直しをしながら、新たなチャレンジができるような、複線的かつ多様なマルチステージの人生が視野に入る。

また、人工知能(AI)やロボット、ビッグデータといった第4次産業革命がもたらす技術革新は、我々の生活を画期的に変えていく。技術の進展により、時間や空間の制約にとらわれず、自分らしい学び方や働き方が選びやすくなるようになる。

(少子高齢化の克服)

我が国の最大の挑戦は、急速に進む少子高齢化である。しかし、人生100年時代の到来、ライフスタイルの多様化、技術の進展といった世の中の変化をチャンスとして捉え、全ての人々が個性を活かすことができる社会を創れば、少子高齢化という大きな壁も克服できる。

日本には、多くのポテンシャルを秘めている女性や、元気で意欲にあふれ、豊かな経験と知恵を持っている高齢者がたくさんおられる。年齢にかかわらず、学び、働くことができる環境を整備すれば、生産年齢人口が減少する中でも、就業者数を維持できる。

実際、安倍内閣の2012年から2018年までの6年間で、生産年齢人口は503万人減少したが、就業者数は384万人増加した。増加した就業者のうち、60歳以上の男性は23%、60歳以上の女性は27%を占める。

¹ Human Mortality Database, U.C. Berkeley(USA) and Max Planck Institute for Demographic Research(Germany)

この夏の年金財政検証では、少子高齢化が進む中でも、アベノミクスによる就業者の拡大によって厚生年金の加入者が500万人増えた結果、将来の年金給付に係る所得代替率が改善した。

今後も、少しでも多くの方に「支えられる側」ではなく「支える側」として活躍していただくことで、「支える側」と「支えられる側」のバランスを見直していく必要がある。

（3）今後の取組の基本的考え方

（一億総活躍社会による「成長と分配の好循環」）

若者も高齢者も、女性も男性も、障害や難病のある方々も、一度失敗を経験した人も、みんなが包摂^{ほうせつ}され活躍できる社会、それが一億総活躍社会である。すなわち、一人一人が、個性と多様性を尊重され、家庭で、地域で、職場で、それぞれの希望がかない、それぞれの能力を発揮でき、それぞれが生きがいを感じることができる社会を創る。そのために、一人一人の希望を阻む、あらゆる制約を取り除き、活躍できる環境を整備する。

こうした取組の中で、国民一人一人の安心感が醸成され、将来の見通しが確かなることにより、消費の底上げ、投資の拡大が促され、経済の好循環がより一層強化される。また、個々人の多様な能力が十分に発揮され、多様性が認められる社会を実現していくことにより、新たな着想によるイノベーションの創出を通じた生産性の向上によって経済成長を加速することが期待される。

さらに、強い経済の実現に向けた取組を通じて得られる成長の果実によって、子育て支援や社会保障の基盤を強化し、それが更に経済を強くするという「成長と分配の好循環」を生み出していく、新たな経済社会システムを目指す必要がある。

（全世代型社会保障への改革）

一億総活躍社会を掲げる安倍内閣にとって、全世代型社会保障への改革は最重要課題である。少子高齢化が急速に進む中で、これまでの社会保障システムの改善にとどまることなく、システム自体の改革を進めていくことが不可欠である。

新しい時代の日本に求められるのは、多様性である。みんなが横並び、画一的な社会システムの在り方を、根本から見直していく必要がある。多様性を認め合い、全ての人々が個性を活かすことができる社会を創ることで、少子高齢化という大きな壁を克服する。そのために、多様な学び、多様な働き方、そして多様なライフスタイルに応じて安心できる社会保障制度を確立する必要がある。

これまで社会保障改革といえば、年金、医療、介護が主要なテーマになってきたが、今回の全世代型社会保障改革は、人生100年時代の到来を踏まえて、働き方を含めた改革を行っていくものである。結婚、出産といった人生の各段階に応じて、また、病気になったとき、高齢になったとき、どのような働き方ができるか。年金などの各制度との関わり合いも重要になる。

働き方改革を進め、子育てや介護など様々な事情の下でも就労への意欲を活かせる社会を作る。元気で意欲ある高齢者に就業の機会を確保する。人生100年時代の到来をチャンスとして前向きに捉えながら、働き方の変化を中心に据えて、年金、医療、介護、社会保障全般にわたる改革を進める。これにより、現役世代の負担上昇を抑えながら、令和の未来をしっかりと見据えた、全ての世代が安心できる社会

保障制度を構想する必要がある。

（これまでの取組）

こうした基本的な考え方に基づき、安倍内閣では、まず消費税の使い道を見直し、子供たち、子育て世代への支援を強化することを決定した。本年10月から3歳から5歳まで、全ての子供たちの幼児教育・保育の無償化を行った。そして来年の4月から、真に必要な子供たちの高等教育を無償化する。

同時に、元気で意欲あふれる高齢者が、年齢にかかわらず働くことができる環境を整えることが必要である。これまで、70歳までの就業機会の確保の法制化や、意欲ある方が兼業・副業できる環境整備、年金の受給開始時期を自分で選択できる範囲の拡大、また疾病・介護予防へのインセンティブ措置の強化などの基本的方向を打ち出してきた。

さらに、全世代型社会保障検討会議では、ライフスタイルが多様となる中で、高齢者についての画一的な捉え方を変え、高齢者だけでなく、子供たち、子育て世代、さらには現役世代まで広く安心を支えていくため、年金、労働、医療、介護など社会保障全般にわたる持続可能な改革を検討してきた。

（４）今後の改革の視点

（生涯現役（エイジフリー）で活躍できる社会）

従来の社会保障は年齢による画一的な取扱いがなされることが多かったが、年齢を基準に「高齢者」と一括りにすることは現実に合わなくなっている。現在の高齢者を過去の高齢者と比較すると、肉体的にも精神的にも元気な方が増加している。高齢者の歩行速度は、10年で10歳若返っている。また、現在就労している60歳以上の方で、70歳以降まで働くことを希望している高齢者は8割にのぼる。今後は、「高齢者」や「現役世代」についての画一的な捉え方を見直し、生涯現役（エイジフリー）で活躍できる社会を創る必要がある。

（個人の自由で多様な選択を支える社会保障）

人生100年時代を迎え、ライフスタイルが多様化する中で、学びにおいても、仕事においても、老後においても、個人が自由で多様な選択ができるよう、特定の生き方や働き方が不利にならない「選択を支える社会保障」を構築する必要がある。

（現役世代の負担上昇の抑制）

2022年には団塊の世代が75歳以上の高齢者となり、現行の社会保障制度を前提とすると、現役世代の負担が大きく上昇することが想定される。人生100年時代の到来をチャンスとして前向きに捉えながら、働き方の変化を中心に据えて、年金、医療、介護、社会保障全般にわたる改革を進めることで、現役世代の負担上昇を抑えながら、全ての世代が安心できる社会保障制度を構築する必要がある。

（全ての世代が公平に支える社会保障）

世界に冠たる我が国の社会保障制度を将来世代に着実に受け継いでいくためには、制度の持続可能性が重要である。このため、改革全般を通じて、自助・共助・公助の適切な役割分担を見直しつつ、大きなリスクに備えるという社会保険制度の重要な役割も踏まえ、年齢ではなく負担能力に応じた負担という視点を徹底していく必

要がある。こうした取組と併せて、必要な財源確保を図ることを通じて、中長期的に受益と負担のバランスを確保する努力を継続していく必要がある。

（国民の不安への寄り添い）

全世代型社会保障への改革を補完する取組として、国民の不安に寄り添っていくことが重要である。現在、多くの国民が、「近くに医者がいない」、「1人で老いていく」、「地域のつながりがなくなった」、「子や孫の時代にはますます生活が厳しくなっていく」といった漠然とした不安や懸念を持っているとの指摘がある。特に、地域間格差が指摘される地域の医師不足、独居高齢者・孤独死、「地域」の消滅・崩壊に関する不安は切実であり、こうした国民の不安を正面から受け止める必要がある。今後、世論調査等を通じて、国民が持つ不安の実態把握を進める。

第2章 各分野の具体的方向性

1. 年金

人生100年時代を迎え、働き方やライフスタイルが多様化する中で、年金制度においても、多様な就労への対応、より長く働くことへの支援、自らの選択によって高齢期の経済基盤の充実を図ることができるための環境整備を進める。このため、2020年の通常国会に必要な法案の提出を図る。

(1) 受給開始時期の選択肢の拡大

国民一人一人が老後の生活設計を考えながら年金受給のタイミングを自分で選択できる範囲を拡大するため、60歳から70歳まで自分で選択可能となっている年金受給開始時期について、その上限を75歳に引き上げる。これに併せて、繰上げ・繰下げの増減率を、年金財政への中立を基本に最新の生命表等に応じたものに見直す。

他方、70歳までの就業機会の確保に伴い、現在65歳からとなっている年金支給開始年齢の引上げは行わない。

(2) 厚生年金（被用者保険）の適用範囲の拡大

多様な働き方が拡大し、産業構造や就労構造の変化のスピードも速くなる中でも、全ての世代が安心して働くことができ、老後の安心を確保するためには、働き方の形態にかかわらず充実した社会保障制度を整備する必要がある。

現在は、週労働時間20～30時間の短時間労働者については、従業員500人以下の企業で働く場合、被用者であるにもかかわらず、厚生年金（被用者保険）への加入が強制されていないため、この企業規模要件について見直しを行う必要がある。

一方、中小企業・小規模事業者は、利益率が大企業に比して低く、労働分配率も高水準になっており、最低賃金引上げや働き方改革など多くの課題に直面する中で、適用拡大による新たな事業者負担が大きな影響を及ぼすことが危惧される。

他方、適用拡大の影響は業種によって異なり、特にパート比率の高い卸売・小売業やサービス業などで深刻と思われることから、そうした業界の声をよく聞きながら検討する必要がある。また、改革が実行される場合には、段階的な適用拡大の検討や中小企業・小規模事業者の生産性向上への支援、取引慣行の是正が必要である。

以上を踏まえ、今回の改正では、50人超規模の企業まで厚生年金（被用者保険）の適用範囲を拡大することとする。スケジュールについては、2024年10月に50人超規模の企業まで適用することとし、その施行までの間にも、できるだけ多くの労働者の保障を充実させるため、2022年10月に100人超規模の企業までは適用することを基本とする。

この際、中小企業・小規模事業者の生産性向上への支援を図るため、先端技術の実装を含め、革新的な製品・サービス開発のための設備投資支援や、小規模事業者の特化した販路開拓支援、ITツールの導入支援等を複数年にわたって継続的に実施する仕組みを構築し、必要な財源を確保することとする。

あわせて、短時間労働者への適用要件のうち、1年以上の勤務期間要件は、実務上の取扱いの現状も踏まえて撤廃し、フルタイムの被保険者と同様の2ヶ月超の要件を適用する。

また、5人以上の個人事業所のうち、弁護士・税理士・社会保険労務士等の法律・会計事務を取り扱う士業について、適用業種に追加する。

(3) 在職老齢年金制度の見直し等

高齢期の就労と年金をめぐる調整については、年金制度だけで考えるのではなく、税制（給与課税等とのバランス等に留意した年金課税）での対応や各種社会保障制度における保険料負担等での対応を併せて、今後とも検討していくべき課題である。

そのような整理の下で、60～64歳に支給される特別支給の老齢厚生年金を対象とした在職老齢年金（低在老）については、就労に与える影響が一定程度確認されているという観点、2030年度まで支給開始年齢の引上げが続く女性の就労を支援するという観点、また、制度を分かりやすくする観点から、現行の28万円から65歳以上の在職老齢年金制度（高在老）と同じ47万円の基準に合わせることにする。

あわせて、就労期間を延伸して長期化する高齢期の経済基盤を拡充すべく、65歳以上の者の老齢厚生年金について、在職中から年金額の改定を毎年行い早期に年金額を増額させる在職定時改定を導入することとする。

(4) ねんきん定期便等の見直し

ねんきん定期便等の記載を見直し、公的年金制度のポイントを丁寧に伝えることで、国民の老後の選択を支援する。

(5) 私的年金の見直し

公的年金制度の改革に併せて、私的年金の加入可能要件を見直し、加入可能年齢を引き上げるとともに、受給開始時期を柔軟化するなどの取組を行う。

2. 労働

人生100年時代に対応し、元気で意欲のある高齢者がその能力を十分に発揮し、年齢にかかわらず活躍できる社会を実現する必要がある。そのためには、雇用の期間を縦に延ばすとともに、現役の間から多様で柔軟な働き方を広げることで、雇用の選択肢を横にも広げていく必要がある。

このため、兼業・副業など多様で柔軟な働き方の推進、70歳までの就業機会確保による中高年の就労促進や、若年層の就労促進と新卒一括採用慣行の見直しの加速化を図る。また、人生100年時代を見据え、企業によるキャリア相談やサバティカル休暇制度の導入等を促進する。さらに、学び直しに対する支援強化を図るとともに、多様な生活上の理由により時間的制約を持つ者が増加することを見据え、仕事と時間的制約との両立を支援する。

(1) 70歳までの就業機会確保

人生100年時代を迎え、働く意欲がある高齢者がその能力を十分に発揮できるよう、高齢者の活躍の場を整備する必要がある。

就業希望の65歳以上が仕事に就けなかった理由は「適当な仕事が見つからない」が最も多く、そうした回答を行った者の中でも「条件にこだわっていない」が半数を占める。

また、仕事の見つけ方を見ると、20～40代のインターネット経由やハローワーク経由に比べて、60代の高齢者では前の職場からの紹介が多く、制度的にこのルートを拡充する必要性が高い。

さらに、65歳以上の労働者の多くは、「自分の都合の良い時間帯に働きたい」と

いう意向を有しており、それぞれの高齢者の特性に応じた活躍のため、とり得る選択肢を広げる必要がある。

こうした点も勘案し、70歳までの就業機会確保については、個々の労働者の多様な特性やニーズを踏まえ、多様な選択肢を法制度上整え、当該企業としては、そのうちどのような選択肢を用意するか、労使で話し合う仕組み、また、当該個人にどの選択肢を適用するか、企業が当該個人と相談し、本人の希望を勘案して選択ができるような仕組みとする。

具体的には、70歳までの就業機会の確保を円滑に進める観点から、法制を二段階に分けた上で、まず、第一段階の法制の整備を図る。

第一段階の法制では、以下の選択肢を明示した上で、事業主としていずれかの措置を制度化する努力規定を設ける。必要があると認める場合は、厚生労働大臣が、事業主に対して、個社労使で計画を策定するよう求め、計画策定について履行確保を求めることができることとする。

①雇用による措置

- (a) 定年廃止
- (b) 70歳までの定年延長
- (c) 定年後又は65歳までの継続雇用終了後も70歳まで引き続いて雇用
(又は関係事業主(子会社・関連会社等)が雇用を確保(注))

(注) その際、関係事業主(子会社・関連会社等)との間で、定年後又は65歳までの継続雇用終了後に70歳まで引き続いて雇用することを約する契約を締結

- (d) 定年後又は65歳までの継続雇用終了後、(関係の事業主以外の)再就職の実現(注)

(注) その際、当該事業主との間で、70歳まで雇用する契約を締結するか、又は5年以内の期間の業務に従事する等の事由により、70歳まで就業ができない場合、元の企業又は再就職先の企業において、当該者について措置を講じる努力を行う

②雇用以外の措置

- (e) 定年後又は65歳までの継続雇用終了後に創業(フリーランス・起業)する者との間で、70歳まで継続的に業務委託契約を締結
- (f) 定年後又は65歳までの継続雇用終了後に以下のいずれかの事業による活動に70歳まで継続的に従事する
 - ・事業主が自ら実施する事業
 - ・事業主が委託、助成、出資等するNPO等の団体が行う事業

なお、事業主が①の措置を講じず、②の措置を講じる場合、労使が合意する努力を行うこととする。2020年の通常国会において、第一段階の法案提出を図る。

第二段階の法制では、第一段階の進捗を踏まえて、現行法のような企業名公表による担保(いわゆる義務化)のための法改正を検討する。この際、かつての立法例のように、健康状態が良くない、出勤率が低いなどで労使が合意した場合について、適用除外規定を設けることについて検討する。

こうした法制の整備に併せて、高齢者のモチベーションや納得性に配慮しつつ、

能力及び成果を重視する評価・報酬体系の構築を進める。さらに、高齢者を雇用する上で、加齢による身体機能の低下等を踏まえ、労働災害防止や健康確保の観点から対策を講じ、高齢者が安心して安全に働ける職場環境の構築を支援する。加えて、高齢期を見据えたキャリア形成支援・リカレント教育を推進する。

（２）中途採用・経験者採用の促進

人生100年時代を踏まえ、働く意欲がある労働者がその能力を十分に発揮できるよう、雇用制度改革を進める必要がある。特に大企業に伝統的に残る新卒一括採用中心の採用制度の見直しを図ると同時に、通年採用による中途採用・経験者採用の拡大を図る必要がある。

採用者全体に占める中途採用・経験者採用比率は、企業規模が大きくなるに従って減少する。すなわち、従業員数5,000人以上の規模では、37%にとどまる。

このような中で、転職希望者が中途採用に関して企業に開示して欲しい情報は、「正規雇用の中途採用実績」の割合が54%と最も多く、特に大企業については、この部分の開示を求めていく必要性が高い。

こうした点を勘案し、個々の大企業に対し、中途採用・経験者採用比率の情報公表を求めることとする。具体的には、労働施策総合推進法を改正し、大企業（301人以上規模）における「正規雇用労働者の中途採用・経験者採用比率」を公表することとし、2020年の通常国会に必要な法案の提出を図る。その際、公表方法としては、インターネットの利用その他の方法により、求職者等が容易に閲覧できるようにする。

なお、企業は、必要に応じ、例えば、「中高年層の中途採用・経験者採用比率」、「正規雇用労働者のうち前職が非正規雇用労働者・無業者の中途採用・経験者採用比率」、「管理職の中途採用・経験者採用比率」、「役員の中途採用・経験者採用比率」なども加えて、公表することができることとする。

（３）兼業・副業の拡大

兼業や副業は、新たな技術の開発、オープンイノベーションや起業の手段、そして第2の人生の準備として有効である。足下では、副業を希望する者は増加傾向にあるものの、実際に副業がある者の数は横ばいである。副業経験が本業の賃金に与える影響を分析した研究では、思考・分析といった高度人材では、副業をしている人が、そうでない人よりも本業での賃金が36%高くなっている。このことは、企業の境界を低くし、従業員に兼職させることで、本業の価値が高まり得ることを示唆している。

一方、兼業・副業の解禁に積極的な企業は2割程度にとどまる。企業が兼業・副業を認めていない理由には、「過重労働への懸念」、「労働時間の管理・把握の困難さへの懸念」が多い。

これらを払拭できる制度整備が課題であり、兼業・副業に係る労働法制における労働時間規制及び割増賃金の取扱いについて、最終報告に向けて検討していくこととする。

（４）フリーランスなど、雇用によらない働き方の保護の在り方

技術の進展により、インターネットを通じて短期・単発の仕事を請け負い、個人で働く新しい就業形態が増加しており、特に、高齢者の就業機会の拡大に貢献する

ことが期待される。多様な働き方の一つとして、希望する個人が個人事業主・フリーランスを選択できる環境を整える必要がある。

一方、フリーランスと呼ばれる働き方は多様であり、労働政策上の保護や競争法による規律について様々な議論がある。このような議論があることも踏まえ、内閣官房において、関係省庁と連携し、一元的に実態を把握・整理した上で、最終報告に向けて検討していくこととする。

3. 医療

(1) 医療提供体制の改革

人生100年時代において国民の安心を確保するため、以下のような医療を取り巻く課題を踏まえ、健康を望む国民一人一人の自主的な取組を可能とする環境を整備するとともに、地域包括ケアシステムの構築、さらには地域共生社会の実現に向けた取組を進めることが重要である。疾病予防・早期対応から病気を抱えた後もその生活を支える医療のあるべき姿を見据え、地域医療の基盤を維持していくことが必要である。

- ・ 団塊の世代が75歳以上を迎える中での高齢化による需要拡大への対応
- ・ 生産年齢人口が減少する中での地域医療の確保
- ・ 平均寿命の伸びを上回る健康寿命の延伸へ向けた予防・健康づくりの強化、セルフケア・セルフメディケーションの推進、ヘルスリテラシーの向上
- ・ 働き方改革に対応した医師の職場環境の変化と地域医療の確保の両立
- ・ ゲノム医療等最先端医療の導入やデータヘルス改革の推進

具体的には、地域医療構想の推進、地域間・診療科間の更なる医師偏在対策、卒前・卒後の一貫した医師養成課程の整備、地域における看護職員をはじめとする医療関係人材の確保・育成、看護師・歯科衛生士等の復職支援・定着の推進、医師・歯科医師等の働き方改革、医療職種の役割分担の見直しにより、地域差を伴う「高齢化による需要増大」と「支え手減少」の進展などの環境変化に対応し、質の向上と効率改善を図り、地域で必要な医療を確保する。

あわせて、外来機能の明確化とかかりつけ医機能の強化（後述）、在宅医療・歯科医療の更なる深化と推進、訪問看護体制の強化、中山間地を含む適切な遠隔医療の推進、健康・医療情報の連携・活用を含む健康寿命延伸のための食の確保・健康づくり・早期治療・重症化予防、医療といった一貫した施策の構築、地域における医科歯科連携を含む歯科医療機関の強化、地域における薬剤師・薬局機能の強化、医師の負担軽減の観点を含めた医療のかかり方の変容へ向けた取組促進、尊厳と意思の尊重された人生の最終段階の迎え方支援に取り組むことにより、患者中心の医療を深化させる。そのためにも、学校等における社会保障教育に加え、「かかりつけ医」・「かかりつけ歯科医」・「かかりつけ薬剤師」を通じた、また保険者を通じた社会保障教育の充実が必要である。

さらに、安全で質の高い先端的医療の普及、革新的な医薬品、医療機器等が生み出される環境整備、必要不可欠な医薬品の安定供給体制の確保により、必要な医療を迅速に国民に届ける。

(2) 大きなリスクをしっかりと支えられる公的保険制度の在り方

①後期高齢者の自己負担割合の在り方

人生100年時代を迎える中、高齢者の体力や運動能力は着実に若返っており、高い就業意欲の下、高齢期の就労が大きく拡大している。こうした中で、年齢を基準に「高齢者」と一括りにすることは現実に合わなくなっており、元気で意欲ある高齢者が、その能力を十分に発揮し、年齢にかかわらず活躍できる社会を創る必要がある。

このため、70歳までの就業機会確保や、年金の受給開始時期の選択肢の拡大による高齢期の経済基盤の充実を図る取組等に併せて、医療においても、現役並み所得の方を除く75歳以上の後期高齢者医療の負担の仕組みについて、負担能力に応じたものへと改革していく必要がある。これにより、2022年にかけて、団塊の世代が75歳以上の高齢者となり、現役世代の負担が大きく上昇することが想定される中で、現役世代の負担上昇を抑えながら、全ての世代が安心できる社会保障制度を構築する。

具体的には、以下の方向性に基づき、全世代型社会保障検討会議において最終報告に向けて検討を進める。同時に、社会保障審議会においても検討を開始する。遅くとも団塊の世代が75歳以上の高齢者入りする2022年度初までに改革を実施できるよう、最終報告を取りまとめた上で、同審議会の審議を経て、来年夏までに成案を得て、速やかに必要な法制上の措置を講ずる。

- ・ 後期高齢者（75歳以上。現役並み所得者は除く）であっても一定所得以上の方については、その医療費の窓口負担割合を2割とし、それ以外の方については1割とする。
- ・ その際、高齢者の疾病、生活状況等の実態を踏まえて、具体的な施行時期、2割負担の具体的な所得基準とともに、長期にわたり頻繁に受診が必要な患者の高齢者の生活等に与える影響を見極め適切な配慮について、検討を行う。

②大病院への患者集中を防ぎかかりつけ医機能の強化を図るための定額負担の拡大

2022年にかけて団塊の世代が75歳以上の高齢者となる中で、慢性疾患による受療が多い、複数の疾病を抱えるなどの特徴を持つ高齢者医療のウエイトがますます高まっていく。医療のアクセスや質を確保しつつ、病院勤務医・看護師等の過酷な勤務環境を改善して持続可能な医療提供体制を確保していくためには、地域医療構想の推進や医師等の働き方改革、医師偏在対策を進めるとともに、地域密着型の中小病院・診療所の在り方も踏まえ、外来機能の明確化とかかりつけ医機能の強化を図ることが不可欠である。

医療のあるべき姿は、「病院完結型」の医療から、患者の住み慣れた地域や自宅での看取りを含めた生活のための医療、地域全体で治し、支える「地域完結型」の医療に変わりつつあり、身近なところで診療を受けられる「かかりつけ医」の普及や訪問看護の充実が不可欠となる。大病院は充実した人員配置や施設設備を必要とする入院医療や重装施設を活用した専門外来に集中し、外来診療は紹介患者を基本とする。一般的な外来受診はかかりつけ医機能を発揮する医療機関が担う方向を目指す。このことが、患者の状態に合った質の高い医療の実現のみならず、限りある医療資源の有効な活用や病院勤務医・看護師をはじめとする医師等の働き方改革にもつながる。

このような考え方の下、外来受診時定額負担については、医療のあるべき姿として、病院・診療所における外来機能の明確化と地域におけるかかりつけ医機能の強化等について検討を進め、平成14年の健康保険法改正法附則第2条を堅持しつつ、

大病院と中小病院・診療所の外来における機能分化、かかりつけ医の普及を推進する観点から、まずは、選定療養である現行の他の医療機関からの文書による紹介がない患者の大病院外来初診・再診時の定額負担の仕組みを大幅に拡充する。

具体的には、以下の方向性に基づき、全世代型社会保障検討会議において最終報告に向けて検討を進める。同時に、社会保障審議会及び中央社会保険医療協議会においても検討を開始する。遅くとも 2022年度初までに改革を実施できるよう、最終報告を取りまとめた上で、同審議会等の審議を経て、来年夏までに成案を得て、速やかに必要な法制上の措置を講ずる。

- ・ 他の医療機関からの文書による紹介がない患者が大病院を外来受診した場合に初診時 5,000 円・再診時 2,500 円以上（医科の場合）の定額負担を求める制度について、これらの負担額を踏まえてより機能分化の実効性が上がるよう、患者の負担額を増額し、増額分について公的医療保険の負担を軽減するよう改めるとともに、大病院・中小病院・診療所の外来機能の明確化を行いつつ、それを踏まえ対象病院を病床数 200 床以上の一般病院に拡大する。
- ・ 具体的な負担額や詳細設計を検討する際、患者のアクセスを過度に制限しないよう配慮しつつ、病院・診療所の機能分化・連携が適切に図られるよう、現行の定額負担の徴収状況等を検証し、定額負担を徴収しない場合（緊急その他やむをえない事情がある場合、地域に他に当該診療科を標榜する保険医療機関がない場合など）の要件の見直しを行う。

4. 予防・介護

人生100年時代の安心の基盤は「健康」である。予防・健康づくりには、①個人の健康を改善することで、個人のQOLを向上し、将来不安を解消する、②健康寿命を延ばし、健康に働く方を増やすことで、社会保障の「担い手」を増やす、③高齢者が重要な地域社会の基盤を支え、健康格差の拡大を防止する、といった多面的な意義が存在している。これらに加え、生活習慣の改善・早期予防や介護予防、認知症施策の推進を通じて、生活習慣病関連の医療需要や伸びゆく介護需要への効果が得られることも期待される。こうしたことにより、社会保障制度の持続可能性にもつながり得るという側面もある。

今後は、国民一人一人がより長く健康に活躍することを応援するため、病気になってからの対応だけでなく、社会全体で予防・健康づくりへの支援を強化する必要がある。

その際、社会保障教育の充実や保険者による被保険者への教育、戦略的な広報による国民への積極的な情報提供を進めるとともに、質の高い民間サービスを積極的に活用しつつ、個人が疾病や障害に対処して乗り越えていく力を高めていく必要がある。

（1）保険者努力支援制度の抜本強化

保険者努力支援制度は、保険者（都道府県と市町村）の予防・健康づくり等への取組状況について評価を加え、保険者に交付金を交付する仕組みである。

先進自治体のモデルの横展開を進めるために保険者の予防・健康インセンティブを高めることが必要であり、公的保険制度における疾病予防の位置付けを高めるため、保険者努力支援制度の抜本的な強化を図る。同時に、疾病予防に資する取組を

評価し、①生活習慣病の重症化予防や個人へのインセンティブ付与、歯科健診やがん検診等の受診率の向上等については、配点割合を高める、②予防・健康づくりの成果に応じて配点割合を高め、優れた民間サービス等の導入を促進する、といった形で配分基準のメリハリを実効的に強化する。

(2) 介護インセンティブ交付金の抜本強化

介護インセンティブ交付金は、保険者や都道府県の介護予防等への取組状況について評価を加え、保険者や都道府県に交付金を交付する仕組みである。

先進自治体の介護予防モデルの横展開を進めるために保険者と都道府県のインセンティブを高めることが必要であり、公的保険制度における介護予防の位置付けを高めるため、介護インセンティブ交付金の抜本的な強化を図る。同時に、介護予防等に資する取組を評価し、①介護予防について、運動など高齢者の心身の活性化につながる民間サービスも活用し、地域の高齢者が集まり交流する通いの場の拡大・充実、ポイントの活用といった点、②高齢者就労・活躍促進について、高齢者の介護助手への参加人数、ボランティアや介護助手へのポイント付与といった点について、交付金の配分基準のメリハリを実効的に強化する。

(3) エビデンスに基づく政策の促進

上記(1)や(2)の改革を進め、疾病・介護予防に資する取組を促進するに当たっては、エビデンスに基づく評価を取組に反映していくことが重要である。このため、データ等を活用した予防・健康づくりの健康増進効果等を確認するため、エビデンスを確認・蓄積するための実証事業を行う。

その際、統計学的な正確性を確保するため、国が実証事業の対象分野・実証手法等の基本的な方向性を定めるとともに、その結果を踏まえ、保険者等に対して適切な予防健康事業の実施を促進する。

(4) 持続可能性の高い介護提供体制の構築

介護分野の人材不足や今後の介護サービス需要の伸びに対応し、介護制度の持続可能性を確保するため、介護予防、「共生」・「予防」を柱とした認知症施策の推進、介護現場におけるロボット・ICTの導入加速化、ペーパーレス化・効率化（簡素化・標準化・ICT活用）の推進を図るとともに、自立支援に向けた介護事業者へのインセンティブの強化、介護サービスと保険外サービスの組合せに関するルールの明確化、科学的なエビデンスの構築等による標準的な介護サービス水準に関する社会的な合意形成の促進等やそれらに基づく介護報酬、人員基準の見直しにより、介護事業者の創意工夫と投資を引き出し、効果的・効率的、健全で持続可能性の高い介護提供体制の構築を進める。

第3章 来年夏の最終報告に向けた検討の進め方

現役世代への給付が少なく、給付は高齢者中心、負担は現役世代中心というこれまでの社会保障の構造を見直し、切れ目なく全ての世代を対象とするとともに、全ての世代が公平に支え合う「全世代型社会保障」への改革を進めることは、政府・与党の一貫した方針である。

改革の推進力は、国民の幅広い理解である。来年夏の最終報告に向けて、政府・与党ともに、今後も国民的な議論を一層深める努力を継続する。

本中間報告で「最終報告に向けて検討を進める」こととした兼業・副業に係る労働時間規制等の取扱いや、医療保険制度改革の具体化等については、与党や幅広い関係者の意見も聞きながら、来年夏の最終報告に向けて検討を進める。

また、世論調査等を通じて、国民の不安の実態把握を進める。

さらに、個別政策ごとに今後の取組の進め方と時間軸を示した改革工程表を策定しており、これに則った社会保障改革の推進と一体的な取組を進める。

特に、地域医療構想、医師の働き方改革、医師偏在対策を三位一体で推進する。国民の高齢期における適切な医療の確保を図るためにも地域の実情に応じた医療提供体制の整備等が必要であり、持続可能かつ効率的な医療提供体制に向けた都道府県の実施を支援することを含め、地方公共団体による保険者機能の適切な発揮・強化等のための取組等を通じて、国と地方が協働して実効性のある社会保障改革を進める基盤を整備する。あわせて、地域や保険制度、保険者の差異による保険料水準の合理的でない違いについて、その平準化に努めていく。

新経済・財政再生計画 改革工程表2019(概要)

厚生労働省保険局

新経済・財政再生計画 改革工程表 2019（案） —概要—

- 改革工程表は、新経済・財政再生計画に掲げられた**主要分野ごとの重要課題への対応とK P I、それぞれの政策目標とのつながりを明示**することにより、目指す成果への道筋を示す。
- 本年改定においては、
 - (1) 改革工程表2018に盛り込まれた各施策の推進状況を点検・評価、
 - (2) 「経済財政運営と改革の基本方針2019」（令和元年6月21日閣議決定）に新たに盛り込まれた施策の改革工程を具体化
- このため、経済・財政一体改革推進委員会（及び各ワーキング・グループ）において、
 - (1) 各施策のK P I の進捗等を点検・評価し、更なる進捗に必要な取組を盛り込むとともに、
 - (2) 例えば次世代型行政サービスの早期実現等の新たな施策についてK P I を設定し、各年度ごとの取組事項を明記するなど、
これまでの進捗と新たな課題を踏まえて改革工程表を改定。

新経済・財政再生計画 改革工程表 2019（案） - 概要 -

改革工程表は、新経済・財政再生計画に掲げられた主要分野ごとの重要課題への対応とKPI、それぞれの政策目標とのつながりを明示することにより、目指す成果への道筋を示すもの。本年改定においては、（1）改革工程表2018に盛り込まれた各施策の推進状況を点検・評価、（2）「経済財政運営と改革の基本方針2019」（令和元年6月21日閣議決定）に新たに盛り込まれた施策の改革工程を具体化。

【主要分野毎の改革の主な取組】

※青字は骨太方針2019等をうけて新たに記載された事項

社会保障

予防・健康づくりの推進

- 糖尿病等の生活習慣病や慢性腎臓病の予防の推進
先進・優良事例の横展開の加速。40～50歳代の特定健診・がん検診受診率の向上に向け、**負荷の低い健診に向けた健診内容の見直し・簡素化等**。
- 認知症予防の推進及び認知症の容態に応じた医療・介護等の提供
認知症の予防・治療法開発に資するデータベースの構築と実用化。
- P H R推進を通じた健診・検診情報の予防への分析・活用
P H R推進に向けた2020年夏までの工程化と健診・検診情報の標準化。
- 保険者努力支援制度のインセンティブの一層の活用
保険者努力支援制度の評価指標における**成果指標の拡大**や**マイナス点の設定によるメリハリの強化**。

多様な就労・社会参加

- 勤労者皆保険制度（被用者保険の更なる適用拡大）の実現を目指した検討
50人超規模の企業まで被用者保険の適用範囲を拡大すること等について、**必要な法制上の措置を講ずる**。
- 高齢期における職業生活の多様性に応じた公的年金制度の整備
60歳から70歳まで自分で選択可能となっている年金受給開始の時期の上限を75歳に引き上げること等について、**必要な法制上の措置を講ずる**。

医療・福祉サービス改革

- 地域医療構想の実現
2025年における地域医療構想の実現に向け、**民間医療機関も含めた全ての医療機関等について、対応方針の策定・見直しを改めて求めるとともに、地域医療構想調整会議における議論を促す**。
- 国保財政の健全化に向け、受益と負担の見える化を推進
法定外繰入れ等の解消に向けた計画策定の推進と内容の公表（見える化）を実施するとともに、**都道府県内保険料水準の統一など受益と負担の見える化の先進・優良事例の全国展開**。
- データヘルス改革の推進
「保健医療データプラットフォーム」の2020年度本格運用開始を目指し取り組み、**保健医療情報を全国の医療機関等で確認できる仕組みを段階的に稼働**。

給付と負担の見直し

- 団塊世代が後期高齢者入りするまでに、後期高齢者の窓口負担について検討
全世代型社会保障検討会議の中間報告において示された方向性に基づき最終報告に向けて検討を進め、遅くとも2022年度初までに改革を実施できるよう、**2020年夏までに成案を得て、速やかに必要な法制上の措置を講ずる**。
※このほか、経済・財政再生計画の改革工程表の全44項目について、骨太2020等を踏まえ、改革工程表を整理する旨記載

社会資本整備等

公共投資における重点化・効率化と担い手確保

- インフラデータの有効活用
2022年度末までに**国・自治体・民間が保有する国土・経済活動・自然現象に関するデータを連携したプラットフォームを構築し、都市や地域の課題解決に活用**。
- 公的ストックの適正化
2020年度末までの個別施設計画の策定に向け、**進捗が遅れがみられる施設については、その要因を踏まえた具体的対応策を強化**。

PPP/PFIの推進

- PPP/PFI推進アクションプランに基づき、上下水道や空港等の分野において、PPP/PFIの導入を推進するとともに、**地域プラットフォーム協定制度等の新たな取組により地方自治体への支援を強化し、PPP/PFIを更に活用**

新しい時代に対応したまちづくり

- スマートシティ
スマートシティの創出と全国展開に向け、関係府省庁により構成されるスマートシティタスクフォースを通じて、**モデル事業の実施とその成果の横展開、共通アーキテクチャの構築、大学等と連携した人材の育成・確保、国際協力・国際連携、制度・運用上の課題の整理・検討とそれを踏まえた必要な措置等の取組を推進**。
- コンパクト・プラス・ネットワーク
立地適正化計画の制度改善や地域公共交通網形成計画に係る法改正により、コンパクト・プラス・ネットワークの取組を更に推進。

地方行財政改革

持続可能な地方行財政基盤の構築

- 公営企業の抜本的な改革等の推進
経営戦略の策定、経営比較分析表の拡充を推進するほか、**新たなロードマップに基づき人口3万人未満の団体に対する公営企業会計の適用促進を明記**。
- 広域化・共同化の推進
水道去処正を踏まえ**水道広域化推進プランの各都道府県における策定について明記**。広域連携事業に対する**地方財政措置を拡充**。
- 補助金の自由度を高める
地方創生関係交付金・公立学校施設空調補助の改善を明記。内閣府地方分権改革推進室が自治体の改善提案を継続的に募集し対応。

個性と活力ある地域経済の再生

- 地方創生推進交付金の効果向上
KPIの実績見込み等を審査の上、効果的な事業を採択。地方公共団体における取組の検証体制を整備し、**先駆的な取組を全国展開**。
これらのほか、**2020年度からの第2期まち・ひと・しごと創生総合戦略に沿って、地方創生を更に推進**。

次世代型行政サービスの早期実現

政府全体のデジタル・ガバメントの推進

- マイナンバー制度の利活用の促進等
2020年度中のマイナポイントによる消費活性化策等を踏まえ、**マイナンバーカードの普及促進策を実施（2022年度末までにほとんどの住民の保有を想定）**。

国・地方一体での業務プロセス・情報システムの標準化・共有化

- 自治体の情報システムの標準化
現在自治体ごとに異なっている様々な政策分野（住民基本台帳・地方税・社会保障等）の情報システムを全国で標準化し、**地方自治体の利用するシステムのクラウド化の急速な拡大を図る（法制上の措置も視野に）**。
このため、**2022年度までに市町村が情報システムを構築しているほとんどの政策分野について、全国標準的な仕様を完成させることを目指す**。

地方自治体のデジタル化・クラウド化の展開

- 自治体行政のデジタルトランスフォーメーションの実現
2020年度に、AI・ICT化、クラウド化等を抜本的に進める計画を策定。

行政と民間の連携によるプラットフォーム型ビジネスの育成

- 地方自治体が保有するデータ活用
個人情報保護条例の法による一元化を含めた地方自治体の個人情報保護制度に関する議論を実施。地方自治体の保有するデータ活用方策の考え方を2019年度内に整理。

文教・科学技術

少子化の進展を踏まえた予算の効率化と教育の質の向上

- 学校における外部人材等の活用
多様な外部人材等の活用により、**教員の負担軽減、学校教育活動の充実を図る**。
- 教育の情報化
学校ICT環境整備の抜本的充実を図るとともに、**外部人材の活用を含む指導体制の充実、デジタル教科書・教材の充実や活用等ソフト面での取組を推進**。
- 国立大学法人運営費交付金の戦略的な配分等
成果に係る客観・共通指標（外部資金獲得実績等）に基づき配分。

イノベーション創出による歳出効率化等

- 官民を挙げてSDGs等の社会的課題解決等に資する研究開発を推進
・戦略的イノベーション創造プログラム（SIP）：2021年度、2022年度のマッチングファンド率50%（一定の条件を満たすもの。）
・官民研究開発投資拡大プログラム（PRISM）：民間資金の受入を国費の約1/4以上
- 経済財政諮問会議との連携強化により、科学技術基本計画の着実な推進を図り、世界最高水準の「イノベーション国家創造」を目指す
・ムーンショット型研究開発制度の創設・推進
・若手研究者への支援の重点化等により、大学等における人的資本を向上
・科学技術・イノベーションの担い手の育成
・産学官連携の活性化に向けた大学・研究開発法人の出資機能の拡大検討

官民一体となったスポーツ・文化の振興

新経済・財政再生計画 改革工程表2019(社会保障部分抜粋)

厚生労働省保険局

2. 社会保障

全世代型社会保障制度を着実に構築していくため、総合的な議論を進め、基盤強化期間内から順次実行に移せるよう、2020年度に、それまでの社会保障改革を中心とした進捗状況をレビューし、「経済財政運営と改革の基本方針」において、給付と負担の在り方を含め社会保障の総合的かつ重点的に取り組むべき政策を取りまとめ、早期に改革の具体化を進める。

社会保障 1. 予防・健康づくりの推進

政策目標	KPI第2階層	KPI第1階層	取組
<p>【アンブレラ】 予防・健康づくりの推進</p> <p>【指標①】 平均寿命の延伸を上回る健康寿命の延伸を目標に、2040年までに健康寿命を男女ともに3年以上延伸し（2016年比）、75歳以上とすることを旨とする。 ※要介護度を活用した「日常生活動作が自立した期間の平均」を補完的に活用する。 ※補完的指標の活用によっても解決が難しい課題として、健康寿命の要因分析のさらなる進展や、施策の効果・進捗を評価するための適切な指標（KPI）の設定が挙げられており、これらについての研究を推進する。</p> <p>【指標②】 高齢者の就業・社会参加率</p>	<p>○年間新規透析患者数【2028年度までに35,000人以下に減少】</p> <p>○糖尿病有病者の増加の抑制【2022年度までに1,000万人以下】</p> <p>○メタボリックシンドロームの該当者及び予備群の数【2022年度までに2008年度と比べて25%減少】</p> <p>○「日常生活自立度」がⅡ以上に該当する認知症高齢者の年齢階級別割合【2018年度と比べて減少】</p> <p>○がんの年齢調整死亡率（75歳未満）【2022年度までに2017年度と比べて低下】</p> <p>○仕事と治療の両立ができる環境と思う人の割合【2025年度までに40%】</p>	<p>○かかりつけ医等と連携して生活習慣病の重症化予防に取り組む自治体、広域連合の数 2020年度までに市町村：1,500、広域連合：47【日本健康会議から引用】</p> <p>○特定健診の実施率【2023年度までに70%以上】</p> <p>○特定保健指導の実施率【2023年度までに45%以上】</p> <p>○スマート・ライフ・プロジェクト（SLP）参画企業数【2022年度までに3,000社以上】</p> <p>○スマート・ライフ・プロジェクト（SLP）参画団体数【2022年度までに7,000団体以上】</p> <p>○認知症カフェ等を設置した市町村【2020年度末までに100%】</p> <p>○認知症サポーターの数【2020年度末までに1,200万人】</p> <p>○認知症サポート医の数【2025年までに1.6万人】</p> <p>○介護予防に資する通いの場への参加率【2020年度末までに6%】</p> <p>○対策型検診で行われている全てのがん種における検診受診率【2022年度までに50%以上】</p> <p>○精密検査受診率【2022年度までに90%以上】</p> <p>○がん診療連携拠点病院において、「治療と仕事両立プラン」等を活用して支援した就労に関する相談件数【2022年までに年間25,000件】</p>	<p>2. 糖尿病等の生活習慣病や慢性腎臓病の予防の推進</p> <p>3. 認知症予防の推進及び認知症の容態に応じた適時・適切な医療・介護等の提供</p> <p>4 i. がん対策の推進（がんの早期発見と早期治療）</p> <p>4 ii. がん対策の推進（がんの治療と就労の両立）</p>

社会保障 1. 予防・健康づくりの推進

政策目標	KPI第2階層	KPI第1階層	取組
<p>【アンブレラ】 予防・健康づくりの推進</p> <p>【指標①】 平均寿命の延伸を上回る健康寿命の延伸を目標に、2040年までに健康寿命を男女ともに3年以上延伸し（2016年比）、75歳以上とすることを旨とする。 ※要介護度を活用した「日常生活動作が自立した期間の平均」を補完的に活用する。 ※補完的指標の活用によっても解決が難しい課題として、健康寿命の要因分析のさらなる進展や、施策の効果・進捗を評価するための適切な指標（KPI）の設定が挙げられており、これらについての研究を推進する。</p> <p>【指標②】 高齢者の就業・社会参加率</p>	<p>○適正体重を維持している者の増加（肥満（BMI25以上）、やせ（BMI18.5未満）の減少） 【2022年度までに ・20～60歳代男性の肥満者の割合28% ・40～60歳代女性の肥満者の割合19% ・20歳代女性のやせの者の割合20%】</p> <p>○がんの年齢調整死亡率（75歳未満）【2022年度までに2017年度と比べて低下】</p> <p>○年間新規透析患者数【2028年度までに35,000人以下に減少】</p> <p>○糖尿病有病者の増加の抑制【2022年度までに1,000万人以下】</p> <p>○メタボリックシンドロームの該当者及び予備群の数【2022年度までに2008年度と比べて25%減少】</p> <p>○野菜摂取量の増加【2022年度までに350g】</p> <p>○食塩摂取量の減少【2022年度までに8g】</p> <p>○低栄養傾向（BMI20以下）の65歳以上の者の割合の増加の抑制【2022年度に22%以下】</p>	<p>○スマート・ライフ・プロジェクト（SLP）参画企業数 【2022年度までに3,000社以上】</p> <p>○スマート・ライフ・プロジェクト（SLP）参画団体数 【2022年度までに7,000団体以上】</p> <p>○特定健診の実施率 【2023年度までに70%以上】</p> <p>○特定保健指導の実施率 【2023年度までに45%以上】</p> <p>○対策型検診で行われている全てのがん種における検診受診率 【2022年度までに50%以上】</p> <p>○1日あたりの歩数 【2022年度までに ・20～64歳:男性9,000歩、女性8,500歩 ・65歳以上:男性7,000歩、女性6,000歩】</p> <p>○産学官連携プロジェクト本部の設置【2020年度中】</p> <p>○予防・健康づくりについて、一般住民を対象としたインセンティブを推進する自治体、被用者保険者等の数 【2020年度までに市町村：800市町村、被用者：600保険者】 日本健康会議から引用</p> <p>○フレイル予防の普及啓発ツールを活用した栄養に係る事業を実施する市町村【2022年度までに50%以上】</p>	<p>5. 無関心層や健診の機会が少ない層への啓発</p> <p>6. 予防・健康づくりに頑張った者が報われる制度の整備</p> <p>8. フレイル対策に資する食事摂取基準の活用</p>

社会保障 1. 予防・健康づくりの推進

政策目標	KPI第2階層	KPI第1階層	取組
<p>【アンブレラ】 予防・健康づくりの推進</p> <p>【指標①】 平均寿命の延伸を上回る健康寿命の延伸を目標に、2040年までに健康寿命を男女ともに3年以上延伸し（2016年比）、75歳以上とすることを旨とする。 ※要介護度を活用した「日常生活動作が自立した期間の平均」を補完的に活用する。 ※補完的指標の活用によっても解決が難しい課題として、健康寿命の要因分析のさらなる進展や、施策の効果・進捗を評価するための適切な指標（KPI）の設定が挙げられており、これらについての研究を推進する。</p> <p>【指標②】 高齢者の就業・社会参加率</p>	<p>○望まない受動喫煙のない社会の実現（2022年度）</p> <p>※「第3期がん対策基本計画（2018年3月9日閣議決定）」や「健康日本21（第2次）」においても同様の目標を設定</p> <p>○80歳で20歯以上自分の歯を有する者の割合【2022年度までに60%以上】 ○60歳代における咀嚼良好者の割合の増加【2022年度までに80%以上】 ○40歳代、60歳代における進行した歯周炎を有する者の割合の減少【2022年度までに40歳代25%以下、60歳代45%以下】</p> <p>○妊娠中の喫煙率・飲酒率【2024年度に0%】</p> <p>○足腰に痛みのある女性高齢者の割合の減少【2022年度までに1,000人当たり260人】</p> <p>○子宮頸がんや乳がんを含めたがんの年齢調整死亡率（75歳未満）【2022年度までに2017年度と比べて低下】</p> <p>○妊娠・出産について満足している者の割合【2024年度までに85.0%】</p>	<p>○普及啓発等の受動喫煙対策に取り組んでいる都道府県数【47都道府県】</p> <p>○受動喫煙防止対策助成金を利用した事業者数【2019年度に1,000事業者】</p> <p>○受動喫煙防止対策に係る相談支援を受けた事業者数【2019年度に1,000事業者】</p> <p>○歯科口腔保健の推進に関する条例を制定している都道府県の増加【2022年度までに47都道府県】</p> <p>○過去1年間に歯科検診を受診した者の割合【2022年度までに65%】</p> <p>○妊娠届出時にアンケートを実施する等して、妊婦の身体的・精神的・社会的状況について把握している市区町村の割合【2024年度に100%】</p> <p>○骨粗鬆症検診の受診率【2017年度を基準に上昇】</p> <p>○子宮頸がん検診、乳がん検診の受診率【2022年度までに50%以上】</p>	<p>9. 受動喫煙対策の推進</p> <p>10. 歯科口腔保健の充実と歯科保健医療の充実</p> <p>11. 生涯を通じた女性の健康支援の強化</p>

社会保障 1. 予防・健康づくりの推進

政策目標	KPI第2階層	KPI第1階層	取組
<p>【アンブレラ】 予防・健康づくりの推進</p> <p>【指標①】 平均寿命の延伸を上回る健康寿命の延伸を目標に、2040年までに健康寿命を男女ともに3年以上延伸し（2016年比）、75歳以上とすることを旨とする。 ※要介護度を活用した「日常生活動作が自立した期間の平均」を補完的に活用する。 ※補完的指標の活用によっても解決が難しい課題として、健康寿命の要因分析のさらなる進展や、施策の効果・進捗を評価するための適切な指標（KPI）の設定が挙げられており、これらについての研究を推進する。</p> <p>【指標②】 高齢者の就業・社会参加率</p>	<p>○乳幼児健康診査の未受診率【2024年度までに3～5か月児が2.0%、1歳6か月児が3.0%、3歳児が3.0%】</p> <p>○むし歯のない3歳児の割合【2024年度までに90.0%】</p> <p>○全出生数中の低出生体重児の割合【平成28年度の9.4%に比べて減少】</p> <p>○健診・検診情報を標準化された形でデジタル化し、PHRとして活用。【2022年度を目途に達成】</p> <p>○食物によるアナフィラキシーショック死亡者数ゼロ【2028年度まで】</p>	<p>○乳幼児健診にマイナンバー制度の情報連携を活用している市町村数【増加（2020年6月以降の数値を踏まえて検討）】</p> <p>○マイナポータルを通じて乳幼児健診等の健診情報を住民へ提供している市町村数【増加（2020年6月以降の数値を踏まえて検討）】</p> <p>○PHR推進に向けた健診・検診情報の分析・活用のために必要な取組を整理【2020年夏までに工程化】</p> <p>○都道府県アレルギー疾患医療拠点病院を設置した都道府県数【2021年度までに47都道府県】</p> <p>○都道府県が実施する患者市民への啓発事業及び医療従事者等への研修事業を実施した都道府県数【2021年度までに47都道府県】</p> <p>○中心拠点病院での研修に参加した累積医師数【2021年度までに100人】</p>	<p>1 2. 乳幼児期・学童期の健康情報の一元的活用の検討</p> <p>1 3. PHR推進を通じた健診・検診情報の予防への分析・活用</p> <p>1 4. アレルギー疾患の重症化予防と症状の軽減に向けた対策の推進</p>

社会保障 1. 予防・健康づくりの推進

政策目標	K P I 第2階層	K P I 第1階層	取組
<p>【アンブレラ】 予防・健康づくりの推進</p> <p>【指標①】 平均寿命の延伸を上回る健康寿命の延伸を目標に、2040年までに健康寿命を男女ともに3年以上延伸し（2016年比）、75歳以上とすることを旨とする。 ※要介護度を活用した「日常生活動作が自立した期間の平均」を補完的に活用する。 ※補完的指標の活用によっても解決が難しい課題として、健康寿命の要因分析のさらなる進展や、施策の効果・進捗を評価するための適切な指標（KPI）の設定が挙げられており、これらについての研究を推進する。</p> <p>【指標②】 高齢者の就業・社会参加率</p>	<p>○糖尿病有病者の増加の抑制 【2022年度までに1,000万人以下】</p> <p>○メタボリックシンドロームの該当者及び予備群の数 【2022年度までに2008年度と比べて25%減少】</p> <p>○適正体重を維持している者の増加（肥満（BMI25以上）、やせ（BMI18.5未満）の減少） 【2022年度までに ・20～60歳代男性の肥満者の割合28% ・40～60歳代女性の肥満者の割合19% ・20歳代女性のやせの者の割合20%】</p>	<p>○国及び都道府県等による健康サポート薬局の周知活動の実施回数 【各実施主体において年1回以上】</p> <p>○健康サポート薬局の届出数 【2021年度までに2018年度と比べて50%増加】</p> <p>○保険者からの推薦等一定の基準を満たすヘルスケア事業者数 【2020年度までに100社以上】 日本健康会議から引用</p> <p>○健康保険組合等保険者と連携して健康経営に取り組む企業数 【2020年度までに500社以上】 日本健康会議から引用</p> <p>○協会けんぽ等保険者や商工会議所等のサポートを得て健康宣言等に取り組む企業数 【2020年度までに3万社以上】 日本健康会議から引用</p> <p>○かかりつけ医等と連携して生活習慣病の重症化予防に取り組む自治体、広域連合の数2020年度までに市町村：1,500、広域連合：47】日本健康会議から引用</p> <p>○レセプトの請求情報を活用し、被保険者の全体像を把握した上で、特定健診未受診者層や未治療者、治療中断者、治療中の者から事業対象者を抽出している自治体数【増加】</p> <p>○アウトカム指標を用いて事業評価を実施している自治体数【増加】</p>	<p>15. 健康サポート薬局の取組の推進</p> <p>17. 予防・健康づくりへの取組やデータヘルス、保健事業について、多様・包括的な民間委託を推進</p> <p>18. 企業による保険者との連携を通じた健康経営の促進</p> <p>19. 保険者努力支援制度の評価指標への追加などインセンティブの一層の活用等</p>

社会保障 1. 予防・健康づくりの推進

政策目標	K P I 第 2 階層	K P I 第 1 階層	取組
<p>【アンブレラ】 予防・健康づくりの推進</p> <p>【指標①】 平均寿命の延伸を上回る健康寿命の延伸を目標に、2040年までに健康寿命を男女ともに3年以上延伸し（2016年比）、75歳以上とすることを旨とする。 ※要介護度を活用した「日常生活動作が自立した期間の平均」を補完的に活用する。 ※補完的指標の活用によっても解決が難しい課題として、健康寿命の要因分析のさらなる進展や、施策の効果・進捗を評価するための適切な指標（KPI）の設定が挙げられており、これらについての研究を推進する。</p> <p>【指標②】 高齢者の就業・社会参加率</p>	<p>○1日当たりの純アルコール摂取量が男性40g以上、女性20g以上の者の割合 【2020年度までに男性13%、女性6.4%以下】</p> <p>○2025年までに、認知症の診断・治療効果に資するバイオマーカーの確立（臨床試験取得3件以上）、日本発の認知症の疾患修飾薬候補の治験開始</p> <p>○がんの年齢調整死亡率（75歳未満）【2022年度までに2017年度と比べて低下】</p> <p>【2019年内目途に策定予定の実行計画に基づき対応】</p>	<p>○都道府県・指定都市における相談拠点・専門医療機関・治療拠点機関の設置又は選定数 【2020年度までに67自治体】</p> <p>○精神保健福祉センター及び保健所の相談件数【2016年度と比較して増加】</p> <p>○全国的な情報登録システム（オレンジレジストリ）への発症前も含めた認知症進行段階ごとにおける症例等の登録合計件数【2020年度までに合計1万件】</p> <p>○がんゲノム医療中核拠点病院又はがんゲノム医療拠点病院のいずれかを設置した都道府県数 【2020年度までに30都道府県】</p> <p>【2019年内目途に策定予定の実行計画に基づき対応】</p>	<p>16. アルコール・薬物・ギャンブル等・ゲームの依存症対策の推進</p> <p>20. 認知症、がんゲノム医療等の社会的課題解決に資する研究開発や実装</p> <p>21. ゲノム情報が国内に蓄積する仕組みの整備及び、がんの克服を目指した全ゲノム解析等を活用するがんの創薬・個別化医療、全ゲノム解析等による難病の早期診断に向けた研究等を推進する。</p>

社会保障 3. 医療・福祉サービス改革

政策目標	K P I 第2階層	K P I 第1階層	取組
<p>【アンブレラ】 医療・福祉サービス改革</p> <p>【指標①】 医療費・介護費の適正化</p> <p>【指標②】 年齢調整後の一人あたり医療費の地域差半減</p> <p>【指標③】 年齢調整後の一人当たり介護費の地域差縮減</p> <p>【指標④】 医療・福祉サービスの生産性（※1）の向上 ※1 サービス産出に要するマンパワー投入量</p> <p>【指標⑤】 医療・福祉サービスの質（※2）の向上 ※2 医師による診療・治療内容を含めた医療職による対応への満足度</p>	<p>○「人生の最終段階における医療・ケアに関する患者本人等の相談に適切に対応できる医療・介護人材を育成する研修」参加者が所属する医療機関等の実数 【2020年度に300機関以上】</p> <p>○精神障害者の精神病床から退院後1年以内の地域での平均生活日数【2019年度に公表する数値から増加】</p>	<p>○「人生会議（ACP: アドバンス・ケア・プランニング）国民向け普及啓発事業」の集客数 【2020年度に15,000人以上】</p> <p>○「人生の最終段階における医療・ケアに関する患者本人等の相談に適切に対応できる医療・介護人材を育成する研修」の実施回数 【2020年度に12回以上】</p> <p>○「人生の最終段階における医療・ケアに関する患者本人等の相談に適切に対応できる医療・介護人材を育成する研修」の参加人数 【2020年度に960人以上】</p> <p>○「精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築推進事業」の実施自治体数 【2021年度までに150自治体】</p> <p>○「精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築推進事業」において実施している事業総数 【2021年度までに1,500事業】</p>	<p>26. 人生の最終段階における医療・ケアの在り方等について（人生会議などの取組の推進）</p> <p>27. 在宅看取りの好事例の横展開</p> <p>28. 精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築</p>

社会保障 3. 医療・福祉サービス改革

政策目標	KPI第2階層	KPI第1階層	取組
<p>【アンブレラ】 医療・福祉サービス改革</p> <p>【指標①】 医療費・介護費の適正化</p> <p>【指標②】 年齢調整後の一人あたり医療費の地域差半減</p> <p>【指標③】 年齢調整後の一人あたり介護費の地域差縮減</p> <p>【指標④】 医療・福祉サービスの生産性（※1）の向上 ※1 サービス産出に要するマンパワー投入量</p> <p>【指標⑤】 医療・福祉サービスの質（※2）の向上 ※2 医師による診療・治療内容を含めた医療職による対応への満足度</p>	<p>○地域医療構想の2025年における医療機能別（高度急性期、急性期、回復期、慢性期）の必要病床数を達成するために増減すべき病床数に対する実際に増減された病床数の割合【2025年度に100%】</p> <p>○介護療養病床の第7期介護保険事業計画に沿ったサービス量進捗状況と、第8期計画期初に見込まれる期末時点でのサービス減量【2020年度末に100%】</p>	<p>○地域医療構想調整会議において具体的対応方針について合意に至った医療施設の病床の割合 【「経済財政運営と改革の基本方針2020（仮）」に向け、工程表の具体化を図ることとしており、その結果を踏まえて指標を改めて設定】</p> <p>○公立病院改革プランまたは公的医療機関等2025プラン対象病院で、再検証要請対象医療機関とされた医療施設のうち、地域医療構想調整会議において具体的方針について再度合意に至った医療施設の病床の割合 【「経済財政運営と改革の基本方針2020（仮）」に向け、工程表の具体化を図ることとしており、その結果を踏まえて指標を改めて設定】</p> <p>○公立病院改革プランまたは公的医療機関等2025プラン対象病院で、再検証要請対象医療機関とされた医療施設のうち、地域医療構想調整会議において具体的方針について再度合意に至った医療施設の病床の割合 【「経済財政運営と改革の基本方針2020（仮）」に向け、工程表の具体化を図ることとしており、その結果を踏まえて指標を改めて設定】</p> <p>○在宅患者訪問診療件数【2017年医療施設調査からの増加】</p>	<p>29 i. 地域医療構想の実現（地域医療構想の実現に向けた病床の機能分化・連携の取組を促進する）</p> <p>37. 大都市や地方での医療・介護提供に係る広域化等の地域間連携の推進</p>

社会保障 3. 医療・福祉サービス改革

政策目標	K P I 第2階層	K P I 第1階層	取組
<p>【アンブレラ】 医療・福祉サービス改革</p> <p>【指標①】 医療費・介護費の適正化</p> <p>【指標②】 年齢調整後の一人あたり医療費の地域差半減</p> <p>【指標③】 年齢調整後の一人あたり介護費の地域差縮減</p> <p>【指標④】 医療・福祉サービスの生産性（※1）の向上 ※1 サービス産出に要するマンパワー投入量</p> <p>【指標⑤】 医療・福祉サービスの質（※2）の向上 ※2 医師による診療・治療内容を含めた医療職による対応への満足度</p>	<p>各都道府県が作成した医療計画に沿って、医療設備・機器等の共同利用計画を策定した医療機関【1000件以上】</p> <p>○第3期医療費適正化計画における各都道府県の医療費目標及び適正化指標【2023年度における各都道府県での目標達成】 ○年齢調整後の一人あたり医療費の地域差【2023年度時点での半減を目指して年々縮小】 ○年齢調整後の要介護度別認定率の地域差【2020年度末までに縮減】</p> <p>○法定外繰入等の額【2017年度決算(1,751億)より減少】 ○法定外繰入等を行っている市町村数【2023年度までに200市町村】</p>	<p>○医療機器等の効率的な活用の促進に関する事項を盛り込んだ医療計画を作成した都道府県数【2020年度までに47都道府県】</p> <p>○後発医薬品の利用勧奨など、使用割合を高める取組を行う保険者【2020年度までに100%】</p> <p>○重複・頻回受診、重複投薬の防止等の医療費適正化の取組を実施する保険者【2023年度までに100%】</p> <p>○地域差を分析し、介護給付費の適正化の方策を策定した保険者【2020年度までに100%】</p> <p>○法定外繰入等の解消に向けた計画において、解消年度と公費の活用等解消に向けた実効的・具体的な手段を明記した市町村の割合【2020年度までに100%】</p>	<p>30. 高額医療機器の効率的な配置等を促進</p> <p>33 i. 地域の実情を踏まえた取組の推進（地域別の取組や成果について進捗管理・見える化を行うとともに、進捗の遅れている地域の要因を分析し、保険者機能の一層の強化を含め、更なる対応の検討）</p> <p>33 ii. 地域の実情を踏まえた取組の推進（国保財政の健全化委に向け、受益と負担の見える化の推進（法定外繰入の解消等））</p>

社会保障 3. 医療・福祉サービス改革

政策目標	K P I 第2階層	K P I 第1階層	取組
<p>【アンブレラ】 医療・福祉サービス改革</p> <p>【指標①】 医療費・介護費の適正化</p> <p>【指標②】 年齢調整後の一人あたり医療費の地域差半減</p> <p>【指標③】 年齢調整後の一人あたり介護費の地域差縮減</p> <p>【指標④】 医療・福祉サービスの生産性 (※1)の向上 ※1 サービス産出に要するマンパワー投入量</p> <p>【指標⑤】 医療・福祉サービスの質 (※2)の向上 ※2 医師による診療・治療内容を含めた医療職による対応への満足度</p>	<p>○年齢調整後の要介護度別認定率の地域差【2020年度末までに縮減】</p> <p>○年齢調整後の一人あたり介護費の地域差（施設/居住系/在宅/合計）【2020年度末までに縮減】</p> <p>○全国の医療機関等において保健医療情報を確認した件数【2020年夏までに工程表を策定することとしており、その結果を踏まえて指標を改めて設定】</p> <p>○ONDB、介護DBの第三者提供の件数【運用開始後（2020年度以降）提供件数増加】</p> <p>○オープンデータの充実化【集計項目数増加】</p> <p>○コンピュータで審査完結するレセプトの割合【システム刷新後2年以内に9割程度】</p> <p>○既存の支部設定コンピュータチェックルールの移行・廃止【新システム稼働時までに集約完了】</p>	<p>○地域差を分析し、介護給付費の適正化の方策を策定した保険者【2020年度までに100%】</p> <p>○認定者数、受給者数、サービスの種類別の給付実績を定期的にモニタリング（点検）している保険者【2020年度までに100%】</p> <p>○全国の医療機関等において確認できる保健医療情報のデータ項目数【2020年夏までに工程表を策定することとしており、その結果を踏まえて指標を改めて設定】</p> <p>○ONDB、介護DBの連結解析、提供に関する基盤の運用開始【2020年度に運用開始】</p> <p>○「支払基金業務効率化・高度化計画・工程表」等に掲げられた改革項目16項目の進捗状況【各年度時点での十分な進捗を実現】</p>	<p>35. 介護保険制度における財政的インセンティブの評価指標による評価結果の公表及び取組状況の「見える化」や改善の推進</p> <p>39 ii. データヘルス改革の推進（「保健医療データプラットフォーム」の2020年度本格運用開始）</p> <p>39 iii. データヘルス改革の推進（医療保険の支払審査機関について、「支払基金業務効率化・高度化計画・工程表」等に掲げられた改革項目を着実に進める）</p>

社会保障 3. 医療・福祉サービス改革

政策目標	KPI第2階層	KPI第1階層	取組
<p>【アンブレラ】 医療・福祉サービス改革</p> <p>【指標①】 医療費・介護費の適正化</p> <p>【指標②】 年齢調整後の一人あたり医療費の地域差半減</p> <p>【指標③】 年齢調整後の一人当たり介護費の地域差縮減</p> <p>【指標④】 医療・福祉サービスの生産性（※1）の向上 ※1 サービス産出に要するマンパワー投入量</p> <p>【指標⑤】 医療・福祉サービスの質（※2）の向上 ※2 医師による診療・治療内容を含めた医療職による対応への満足度</p>	<p>○6領域における、AI技術の製品化等、現場での実用化に至った領域数【2020年度末までに1領域】</p> <p>○介護労働者の平均労働時間・残業時間数【2020年度末までに縮減】</p> <p>○介護老人福祉施設等における介護・看護職員等の配置に係る人員ベースでの効率化【2020年度までに改善】</p> <p>○2019年度末までに研修を受けた全医療機関が、医療情報の品質管理・標準化を実施し、当該情報を利用した研究に着手【2020年度末までに4機関】</p> <p>○見直し後の臨床研修の実施を踏まえた基本的診療能力について、自信を持ってできる又はできると答えた研修医の割合【2022年度までに研修修了者の70%】（臨床研修後のアンケート調査により把握）</p>	<p>○6つの重点領域（ゲノム医療、画像診断支援、診断・治療支援、医薬品開発、介護・認知症、手術支援）のうち、AIの構築に必要なデータベースを構築した領域数【2020年度末までに6領域】</p> <p>○地域医療介護総合確保基金等によるロボット・センサーの導入支援件数【2020年度までに3,000件（延べ件数）】</p> <p>○介護ロボット等の活用、ICT利活用等を含めた業務効率化・生産性向上に係るガイドラインを活用する事業所数【2019年度実績から増加】</p> <p>○地域医療介護総合確保基金によるICT導入支援事業を実施する都道府県数【2020年度までに全都道府県】</p> <p>○介護ロボットの開発・実証・普及のプラットフォームを活用した実証件数【2020年度以降増加】</p> <p>○医療情報の品質管理・標準化について、MID-NETの経験を含む研修を受けた医療機関数【2020年度末までに8機関】</p> <p>○見直し後の一貫した到達目標に基づいた臨床研修プログラム数【2020年度までに1,000件】</p> <p>○一貫した評価システムで評価を行った臨床研修医数【2022年度までに800人】</p>	<p>39 iv. データヘルス改革の推進（AIの実装に向けた取組の推進）</p> <p>39 vi. データヘルス改革の推進（ロボット・IoT・AI・センサーの活用）</p> <p>40. クリニカル・イノベーション・ネットワークとPMDAの医療情報データベース（MID-NET）の連携</p> <p>42. 卒前・卒後の一貫した医師養成課程の整備</p>

社会保障 3. 医療・福祉サービス改革

政策目標	KPI第2階層	KPI第1階層	取組
<p>【アンブレラ】 医療・福祉サービス改革</p> <p>【指標①】 医療費・介護費の適正化</p> <p>【指標②】 年齢調整後の一人あたり医療費の地域差半減</p> <p>【指標③】 年齢調整後の一人当たり介護費の地域差縮減</p> <p>【指標④】 医療・福祉サービスの生産性（※1）の向上 ※1 サービス産出に要するマンパワー投入量</p> <p>【指標⑤】 医療・福祉サービスの質（※2）の向上 ※2 医師による診療・治療内容を含めた医療職による対応への満足度</p>	<p>○総合診療専門研修を受けた専攻医数【厚生労働科学研究において2019年度中を目途に将来の各診療科の必要医師数を算出することとしており、その後研究結果を踏まえて指標を設定】</p> <p>○看護業務の効率化に資する先進的事例を元に試行された取組事例数【2020年度までに2019年度に加えて10例】 ○特定行為研修を修了し、医療機関で就業している看護師の数【2020年度までに3,000人】</p> <p>○介護分野における書類の削減【2020年代初頭までに半減】</p> <p>○介護労働者の平均労働時間・残業時間数【2020年度末までに縮減】</p> <p>○介護老人福祉施設等における介護・看護職員等の配置に係る人員ベースでの効率化【2020年度までに改善】</p> <p>○「介護に関する入門的研修」の実施からマッチングまでの一体的支援事業により介護施設等とマッチングした者の数【2021年度までに2018年度と比べて15%増加】</p> <p>○保育補助者雇上強化事業により雇い上げられた人数【2021年度までに3,000人】</p>	<p>○総合診療専門研修プログラム数【研究結果に基づいて指標を設定する予定】 ○総合診療専門研修を希望する若手医師数 ⇒研究結果に基づいて指標を設定する予定</p> <p>○看護業務の効率化に資する先進的取組の公表事例数【2020年度までに15例】</p> <p>○特定行為研修の指定研修機関数【2020年度までに150機関】 ○介護ロボット等の活用、ICT利活用等を含めた業務効率化・生産性向上に係るガイドラインを活用する事業所数【2019年度実績から増加】</p> <p>○地域医療介護総合確保基金による介護人材の資質向上のための都道府県の実施都道府県数【毎年度47都道府県】</p> <p>○「介護に関する入門的研修」の延べ実施回数【2021年度までに2018年度と比べて15%増加】</p> <p>○保育補助者雇上強化事業を利用した市町村数【2021年度までに300市町村】</p>	<p>4 3. 総合診療医の養成の促進</p> <p>4 4 i. 事業所マネジメントの改革等を推進（従事者の業務分担の見直しと効率的な配置）</p> <p>4 4 ii. 事業所マネジメントの改革等を推進（介護助手・保育補助者など多様な人材の活用）</p>

社会保障 3. 医療・福祉サービス改革

政策目標	KPI第2階層	KPI第1階層	取組
<p>【アンブレラ】 医療・福祉サービス改革</p> <p>【指標①】 医療費・介護費の適正化</p> <p>【指標②】 年齢調整後の一人あたり医療費の地域差半減</p> <p>【指標③】 年齢調整後の一人あたり介護費の地域差縮減</p> <p>【指標④】 医療・福祉サービスの生産性（※1）の向上 ※1 サービス産出に要するマンパワー投入量</p> <p>【指標⑤】 医療・福祉サービスの質（※2）の向上 ※2 医師による診療・治療内容を含めた医療職による対応への満足度</p>	<p>○アンケート調査において医療従事者の勤務環境改善に「職種を問わず」または「一部職種で」取り組んでいると回答した病院の割合【2020年度までに85%】</p> <p>○介護分野における書類の削減【2020年代初頭までに半減】</p> <p>○介護労働者の平均労働時間・残業時間数【2020年度末までに縮減】</p> <p>○介護老人福祉施設等における介護・看護職員等の配置に係る人員ベースでの効率化【2020年度までに改善】</p> <p>○1社会福祉法人当たりの介護サービスの事業数【2020年度末までに増加】</p> <p>○社会福祉法人数及び1社会福祉法人当たりの職員数（常勤換算数）【見える化】</p> <p>○バイオシミラーの品目数（成分数ベース）【2020年度末までに品目数を2017年7月時点からの倍増（10成分）】</p> <p>○後発医薬品の使用割合【2020年9月80%以上】</p>	<p>○病院長に対する労務管理に関するマネジメント研修の受講者数【2020年度までに1,500人】</p> <p>○職員のキャリアアップや職場環境等の改善に取り組む介護事業所の割合【2020年度末までに75%】</p> <p>○介護分野における生産性向上ガイドライン活用事業所数【2019年実績から増加】</p> <p>○効率的な体制構築に関する先進的取組の事例数【2020年度までに10例以上】</p> <p>○バイオシミラーに関する講習会の開催数【年10回以上】</p> <p>○後発医薬品の品質確認検査の実施【年間約900品目】</p>	<p>4 4 iii. 事業所マネジメントの改革等を推進（事業所マネジメントの改革等を推進）</p> <p>4 4 iv. 事業所マネジメントの改革等を推進（介護の経営の大規模化・協働化）</p> <p>4 9. 5 0. バイオ医薬品及びバイオシミラーの研究開発・普及の推進等</p> <p>5 4. 後発医薬品の使用促進</p>

社会保障 3. 医療・福祉サービス改革

政策目標	K P I 第2階層	K P I 第1階層	取組
<p>【アンブレラ】 医療・福祉サービス改革</p> <p>【指標①】 医療費・介護費の適正化</p> <p>【指標②】 年齢調整後の一人あたり医療費の地域差半減</p> <p>【指標③】 年齢調整後の一人あたり介護費の地域差縮減</p> <p>【指標④】 医療・福祉サービスの生産性（※1）の向上 ※1 サービス産出に要するマンパワー投入量</p> <p>【指標⑤】 医療・福祉サービスの質（※2）の向上 ※2 医師による診療・治療内容を含めた医療職による対応への満足度</p>	<p>○大病院受診者のうち紹介状なしで受診したものの割合【2020年度までに400床以上の病院で40%以下】</p> <p>○重複投薬・相互作用等防止に係る調剤報酬の算定件数【2021年度までに2017年度と比べて20%増加】</p> <p>○地域包括ケアシステムにおいて過去1年間に平均月1回以上医師等と連携して在宅業務を実施している薬局数【2022年度までに60%】</p>	<p>○「患者のための薬局ビジョン」において示すかかりつけ薬剤師としての役割を發揮できる薬剤師を配置している薬局数【2022年度までに60%】</p> <p>○各都道府県の、一人の患者が同一期間に3つ以上の医療機関から同じ成分の処方を受けている件数【見える化】</p> <p>○調剤報酬における在宅患者訪問薬剤管理指導料、介護報酬における居宅療養管理指導費、介護予防居宅療養管理指導費の算定件数【2021年度までに2017年度と比べて40%増加】</p>	<p>56. かかりつけ医、かかりつけ歯科医、かかりつけ薬剤師の普及</p>

(参考) 再生計画の改革工程表の全44項目の着実な推進

政策目標	KPI第2階層	KPI第1階層	取組
<p>再生計画の改革工程表の全44項目の着実な推進</p>	<p>○在宅サービスのサービス量進捗状況 【2020年度までに100%】</p>	<p>○地域包括ケアシステム構築のために必要な介護インフラに係る第7期介護保険事業計画のサービスの見込み量に対する進捗状況（小規模多機能型居宅介護、看護小規模多機能型居宅介護、定期巡回・随時対応型訪問介護看護） 【2020年度までに100%】</p> <p>○在宅患者訪問診療件数【2017年医療施設調査からの増加】 ○在宅医療・介護連携推進事業、認知症総合支援事業、生活支援体制整備事業の実施保険者 【2019年度末までに100%】</p>	<p>⑦ 在宅や介護施設等における看取りも含めて対応できる地域包括ケアシステムを構築</p>
	<p>○終了した研究に基づき発表された成果数（論文、学会発表、特許の件数など） 【前年度と同水準】</p>	<p>○「事前評価委員会」による学術的・行政的観点に基づく評価・採択と、「中間・事後評価委員会」による研究成果の検証及び採点に基づく、採択課題の継続率 【2022年度までに100%】</p>	<p>②③ マイナンバー制度のインフラ等を活用した取組 iii 医療等分野における研究開発の促進</p>
	<p>○200床以上の病院における単品単価取引が行われた医薬品のシェア 【2020年度までに100%以上】 ○調剤薬局チェーン（20店舗以上）における単品単価取引が行われた医薬品のシェア 【2020年度までに100%以上】 ○医療用医薬品の取引価格の妥結率【見える化】</p>	<p>○医薬品のバーコード（販売包装単位及び元梱包装単位の有効期限、製造番号等）の表示率 【2020年度までに100%】</p>	<p>③④ 適切な市場価格の形成に向けた医薬品の流通改善</p>

(参考) 再生計画の改革工程表の全44項目の着実な推進

政策目標	K P I 第 2 階層	K P I 第 1 階層	取組
<p>再生計画の改革工程表の全44項目の着実な推進</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○年間新規透析患者数【2028年度までに35,000人以下に減少】 ○糖尿病有病者の増加の抑制【2022年度までに1,000万人以下】 ○メタボリックシンドロームの該当者及び予備群の数【2022年度までに2008年度と比べて25%減少】 	<ul style="list-style-type: none"> ○好事例（の要素）を反映したデータヘルスの取組を行う保険者【100%】 ○データヘルスに対応する健診機関（民間事業者も含む）を活用する保険者【データヘルス計画策定の保険者において100%】 ○健康維持率、生活習慣病の重症疾患の発症率、服薬管理率等の加入者の特性に応じた指標によりデータヘルスの進捗管理を行う保険者【データヘルス計画策定の保険者において100%】 ○健康保険組合等保険者と連携して健康経営に取り組む企業数【2020年度までに500社以上】 日本健康会議から引用 ○協会けんぽ等保険者のサポートを得て健康宣言等に取り組む企業数【2020年度までに3万社以上】 日本健康会議から引用 ○保険者からの推薦等一定の基準を満たすヘルスケア事業者数【2020年度までに100社以上】 日本健康会議から引用 	<ul style="list-style-type: none"> ②1 医療関係職種の活躍促進、民間事業者による地域包括ケアを支える生活関連サービスの供給促進等 <ul style="list-style-type: none"> i 障壁となっている規制がないか検証し必要な対応を検討・実施 ②1 医療関係職種の活躍促進、民間事業者による地域包括ケアを支える生活関連サービスの供給促進等 <ul style="list-style-type: none"> ii 事業運営の効率化等に関する民間事業者の知見や資金の活用を促進

(参考) 再生計画の改革工程表の全44項目の着実な推進

政策目標	K P I 第 2 階層	K P I 第 1 階層	取組
<p>再生計画の改革工程表の全44項目の着実な推進</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○重複投薬・相互作用等防止に係る調剤報酬の算定件数【2021年度までに2017年度と比べて20%増加】 ○地域包括ケアシステムにおいて過去1年間に平均月1回以上医師等と連携して在宅業務を実施している薬局数【2022年度までに60%】 	<ul style="list-style-type: none"> ○「患者のための薬局ビジョン」において示すかかりつけ薬剤師としての役割を發揮できる薬剤師を配置している薬局数【2022年度までに60%】 ○各都道府県の、一人の患者が同一期間に3つ以上の医療機関から同じ成分の処方を受けている件数【見える化】 ○調剤報酬における在宅患者訪問薬剤管理指導料、介護報酬における居宅療養管理指導費、介護予防居宅療養管理指導費の算定件数【2021年度までに2017年度と比べて40%増加】 	<p>③⑥ かかりつけ薬局推進のための薬局全体の改革の検討、薬剤師による効果的な投薬・残薬管理や地域包括ケアへの参画を目指す</p>

(参考) 再生計画の改革工程表の全44項目の着実な推進

政策目標	KPI第2階層	KPI第1階層	取組
<p>再生計画の改革工程表の全44項目の着実な推進</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○就労支援事業等に参加した者のうち、就労した者及び就労による収入が増加した者の割合【2021年度までに50%】 ○「その他の世帯」の就労率（就労者のいる世帯の割合）【2021年度までに45%】 ○就労支援事業等を通じた脱却率【見える化】 ○就労支援事業等に参加した者のうち、就労した者及び就労による収入が増加した者の割合の自治体ごとの状況【見える化】 ○「その他の世帯」の就労率等の自治体ごとの状況【見える化】 	<ul style="list-style-type: none"> ○就労支援事業等に参加可能な者の事業参加率【2021年度までに65%】 ○就労支援事業等に参加可能な者の事業参加率の自治体ごとの状況【見える化】 	<p>④⑩ 就労支援を通じた保護脱却の推進のためのインセンティブ付けの検討など自立支援に十分取り組む</p>
	<ul style="list-style-type: none"> ○生活保護受給者の後発医薬品の使用割合【毎年度80%】 	<ul style="list-style-type: none"> ○医療扶助の適正化に向けた自治体における後発医薬品使用促進計画の策定率【毎年度100%】 	<p>④⑪ 生活保護の適用ルールの確実かつ適正な運用、医療扶助をはじめとする生活保護制度の更なる適正化</p>
	<ul style="list-style-type: none"> ○頻回受診者に対する適正受診指導による改善者数割合【2021年度において2017年度比2割以上の改善】 ○生活保護受給者一人当たり医療扶助の地域差【見える化】 ○後発医薬品の使用割合の地域差【見える化】 	<ul style="list-style-type: none"> ○頻回受診対策を実施する自治体【毎年度100%】 	<p>④⑫ 平成29年度の次期生活扶助基準の検証に合わせた年齢、世帯類型、地域実態等を踏まえた真に必要な保護の在り方や更なる自立促進のための施策等、制度全般について予断なく検討し、必要な見直し</p>

(参考) 再生計画の改革工程表の全44項目の着実な推進

政策目標	K P I 第 2 階層	K P I 第 1 階層	取組
<p>再生計画の改革工程表の全44項目の着実な推進</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○生活困窮者自立支援制度の利用による就労者及び増収者数【見える化】 ○就労支援プラン対象者のうち、就労した者及び就労による収入が増加した者の割合【毎年度75%】 ○自立生活のためのプラン作成者のうち、自立に向けての改善が見られた者の割合【2021年度までに90%】 	<ul style="list-style-type: none"> ○福祉事務所設置自治体による就労準備支援事業及び家計改善支援事業の実施率【見える化】 ○自立生活のためのプラン作成件数【毎年度年間新規相談件数の50%】 ○自立生活のためのプランに就労支援が盛り込まれた対象者数【毎年度プラン作成件数の60%】 ○自立相談支援事業における生活困窮者の年間新規相談件数【2021年度までに25万件】 ○自立相談支援機関が他機関・制度へつないだ（連絡・調整や同行等）件数【見える化】 ○任意の法定事業及び法定外の任意事業の自治体ごとの実施率【見える化】 	<p>④③ 生活困窮者自立支援制度の着実な推進</p>

2-1 予防・健康づくりの推進

予防・健康づくりを推進するため、先進事例の横展開やインセンティブの積極活用等を通じて糖尿病等の生活習慣病の予防・重症化予防や認知症の予防等に重点的に取り組む。これにより、健康寿命を延伸し、平均寿命との差を縮小することを目指す。

	取組事項	実施年度			K P I	
		2020年度	2021年度	2022年度	第1階層	第2階層
予防・健康づくりの推進	<p>1 2040年までに健康寿命を男女とも3歳以上延伸し、75歳以上とすることを目指す</p> <p>新たな手法も活用し、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、認知症予防等に取り組む。</p> <p>健康寿命に影響をもたらす要因に関する研究を行い、客観的な指標等をしっかりと設定・活用しつつ施策を推進する。</p>	<p>「自然に健康になれる環境づくり」や「行動変容を促す仕掛け」など「新たな手法」も活用した「健康寿命延伸プラン」の着実な実施を通じ、次世代を含めた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、認知症予防等の取組を推進するとともに、客観的に健康づくり関連施策を評価できる指標の設定に向け、健康寿命に影響をもたらす要因に関する研究を推進。</p> <p>《厚生労働省》</p>		<p>研究結果を踏まえ、客観的指標を次期健康づくり運動プランの目標とすることや、今後必要な施策について検討。</p>	—	—

	取組事項	実施年度			K P I		
		2020年度	2021年度	2022年度	第1階層	第2階層	
予 防 ・ 健 康 づ く り の 推 進	<p>2 糖尿病等の生活習慣病や慢性腎臓病の予防の推進</p> <p>糖尿病等の生活習慣病や透析の原因ともなる慢性腎臓病及び認知症の予防に重点的に取り組む。糖尿病等の生活習慣病の重症化予防に関して、県・国民健康保険団体連合会・医師会が連携して進める埼玉県取組など、先進・優良事例の横展開の加速に向けて今後3年間で徹底して取り組む。</p> <p>保険者努力支援制度において加減算双方向での評価指標の導入などメリハリを強化するとともにその抜本的強化を図る。</p> <p>40～50歳代の特定健診・がん検診受診率の向上に向けて、40歳代に脳血管疾患や乳がんの罹患(りかん)率が急上昇すること等についての特定健診対象者への注意喚起と受診促進(例えば、がん検診と特定健診の一体的実施等によるアクセシビリティの向上、40歳時をターゲットとした効果的な受診勧奨などナッジの活用、40歳時の健診・検診の無料・低額化等)、新たな技術を活用した血液検査など負荷の低い健診に向けた健診内容の見直し・簡素化等について総合的に取り組む。</p>	<p>日本健康会議の重症化予防WG等において重症化予防の先進・優良事例の把握を行うとともに、それを踏まえた糖尿病性腎症重症化予防プログラム等に基づき取組を推進。</p> <p>「健康日本21(第2次)」も踏まえ、「適度な運動」「適切な食生活」「禁煙・受動喫煙防止」「健診・検診の受診」をテーマに、健康づくりに取り組む企業・団体・自治体への支援や好事例(※)の横展開や健康無関心層を含む国民への働きかけを行う「スマート・ライフ・プロジェクト(SLP)」を推進。</p> <p>(※)野菜摂取量増加に向けた地方自治体の取組など地域の関係者が一体となって推進する取組</p> <p>2017年度実績より、全保険者の特定健診・特定保健指導の実施率を公表(2018年度から実施)。</p> <p>地域の医師会等とも連携しながら特定健診・特定保健指導の実施に取り組む好事例を横展開するなど、まずは目標値(2023年:70%(特定健診)、45%(特定保健指導))の早期達成を目指し、現状の分析を踏まえつつ、特定健診・特定保健指導の実施率の向上につながる効果的な方策等を検討。</p> <p>また、好事例の横展開等により、保険者別の取組の見える化を図る。</p> <p>国保において、40～50歳代が特定健診を受診しやすくなるよう、休日夜間の健診実施や40歳未満からの健診実施等の横展開を図る。</p>				<p>○かかりつけ医等と連携して生活習慣病の重症化予防に取り組む自治体、広域連合の数【2020年度までに市町村:1,500、広域連合:47】日本健康会議から引用</p> <p>○特定健診の実施率【2023年度までに70%以上】</p> <p>○特定保健指導の実施率【2023年度までに45%以上】</p>	<p>○年間新規透析患者数【2028年度までに35,000人以下に減少】</p> <p>○糖尿病有病者の増加の抑制【2022年度までに1,000万人以下】</p>

	取組事項	実施年度			K P I	
		2020年度	2021年度	2022年度	第1階層	第2階層
予 防 ・ 健 康 づ く り の 推 進		<p>慢性腎疾患（CKD）診療連携体制モデル事業を継続実施。</p> <p>糖尿病性腎症の患者であって、生活習慣の改善により重症化の予防が期待される者に対して、医療保険者が医療機関と連携した保健指導を実施する好事例を横展開。</p> <p>保険者インセンティブ制度の評価指標への追加などインセンティブの一層の活用、戦略的な情報発信などによる後押しにより、先進・優良事例を横展開。</p> <p>「受診率向上施策ハンドブック（第2版）」を活用し、特定健診とがん検診の一体的実施など自治体の先進事例の横展開を実施。</p> <p>厚生労働科学研究において、新たな技術を活用した血液検査など負荷の低い検査方法に関する検証を実施。研究の進捗を踏まえ、2024年度からの特定健診次期実施計画に向けて必要な検討を実施予定。</p> <p>《厚生労働省》</p>	<p>モデル事業を踏まえ、自治体等への支援や好事例の横展開を実施。</p>		<p>○スマート・ライフ・プロジェクト（SLP）参画企業数 【2022年度までに3,000社以上】</p> <p>○スマート・ライフ・プロジェクト（SLP）参画団体数 【2022年度までに7,000団体以上】</p>	<p>○メタボリックシンドロームの該当者及び予備群の数 【2022年度までに2008年度と比べて25%減少】</p>

	取組事項	実施年度			K P I	
		2020年度	2021年度	2022年度	第1階層	第2階層
予防・健康づくりの推進	<p>3 認知症予防の推進及び認知症の容態に応じた適時・適切な医療・介護等の提供</p> <p>「認知症施策推進大綱」に基づき、「共生」を基盤として予防に関するエビデンスの収集・評価・普及、研究開発などを進めるとともに、早期発見・早期対応のため、循環型ネットワークにおける認知症疾患医療センターと地域包括支援センター等との連携を一層推進するなど、施策を確実に実行する。</p>	<p>通いの場（身体を動かす場等）の充実や認知症カフェの増加に向けた取組の推進。</p> <p>認知症予防に関する先進・優良事例を収集・活用し、事例集等を作成。認知症対策イノベーション基盤整備事業において、官民が連携した予防ソリューションの開発を推進。</p> <p>各認知症疾患医療センターと地域包括支援センター等との連携に向けた人員配置の取組を引き続き推進。</p> <p>認知症の予防・治療法開発に資するデータベースの構築と実用化について取り組む。</p> <p>認知症初期集中支援チームや認知症地域支援推進員の活動支援、認知症サポート医の養成等の認知症高齢者等にやさしい地域づくりを推進。</p> <p>《厚生労働省》</p>	<p>事例集等を全国に横展開。</p> <p>相談機能の在り方について検討。</p>	<p>検討結果に基づき対応。</p>	<p>○認知症カフェ等を設置した市町村【2020年度末までに100%】</p> <p>○認知症サポーターの数【2020年度末までに1,200万人】</p> <p>○認知症サポート医の数【2025年までに1.6万人】</p> <p>○介護予防に資する通いの場への参加率【2020年度末までに6%】</p>	<p>○「日常生活自立度」がⅡ以上に該当する認知症高齢者の年齢階級別割合【2018年度と比べて減少】</p>

	取組事項	実施年度			K P I	
		2020年度	2021年度	2022年度	第1階層	第2階層
予防・健康づくりの推進	4 がん対策の推進 i がんの早期発見と早期治療 胃がんをはじめとする感染も原因となるがんの検診の在り方を含め、内容を不断に見直しつつ、隣がんをはじめとする早期診断が困難ながんを含めて早期発見と早期治療につなげる。 がん検診受診率の向上のため、職域におけるがん検診実施状況の把握方法を確立するとともに、がん検診と特定健診の一体的実施等に取り組む。 受診率や有効性の向上のためのリスクに応じたがん検診の在り方について検討する。	がんを早期発見し、早期治療に結びつけるため、より精度の高い検査方法に関する研究を推進。 難治性がんについて、血液や唾液等による検査などのより簡便で低侵襲な検査方法の開発。 職域におけるがん検診の実態調査など、職域におけるがん検診実施状況の把握方法の確立に向けた取組を推進。 「がん検診のあり方に関する検討会」におけるとりまとめ（2019年度中予定）を踏まえ、科学的根拠に基づいたがん検診を推進。 ≪厚生労働省≫			○対策型検診で行われている全てのがん種における検診受診率 【2022年度までに50%以上】 ○精密検査受診率 【2022年度までに90%以上】	○がんの年齢調整死亡率（75歳未満） 【2022年度までに2017年度と比べて低下】
	ii がん対策の推進（がんの治療と就労の両立） 傷病休暇の導入や活用の促進により、がんの治療と就労を両立させる。	「治療と仕事両立プラン」を活用した支援を行う「がん患者の仕事と治療の両立支援モデル事業」の成果を踏まえ、取組を拡大し、個々の事情に応じた就労支援を行うための体制整備。 企業等への相談対応、個別訪問指導、助成金による制度導入支援。 働き方・休み方改善ポータルサイト等を通じ、企業における傷病休暇等の取組事例を横展開。 ≪厚生労働省≫			○がん診療連携拠点病院において、「治療と仕事両立プラン」等を活用して支援した就労に関する相談件数 【2022年までに年間25,000件】	○仕事と治療の両立ができる環境と想う人の割合 【2025年度までに40%】

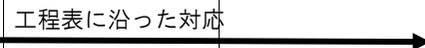
	取組事項	実施年度			K P I	
		2020年度	2021年度	2022年度	第1階層	第2階層
予 防 ・ 健 康 づ く り の 推 進	<p>5 無関心層や健診の機会が少ない層への啓発</p> <p>日本健康会議について、都道府県レベルでも開催の促進など、多様な主体の連携により無関心層や健診の機会が少ない層を含めた予防・健康づくりを社会全体で推進する。</p> <p>産学官連携による推進体制を2020年度末までに整備し、自然に健康になれる食環境づくりを推進する。</p>	<p>「健康日本21（第2次）」も踏まえ、「適度な運動」「適切な食生活」「禁煙・受動喫煙防止」「健診・検診の受診」をテーマに、健康づくりに取り組む企業・団体・自治体への支援や好事例の横展開や健康無関心層を含む国民への働きかけを行う「スマート・ライフ・プロジェクト（SLP）」を推進。</p> <p>野菜摂取量増加に向けた取組等の横展開、民間主導の健康な食事・食環境（スマート・ミール）の認証制度等の普及支援など、自然に健康になれる環境づくりを推進。</p> <p>「栄養サミット2020」を契機に、産学官連携プロジェクト本部を設置し、企業への参画の働きかけを行う。</p> <p>地域版の日本健康会議等、地域の予防・健康づくりに関する会議体の運営・開催を支援。</p> <p>《厚生労働省》</p>			<p>○スマート・ライフ・プロジェクト（SLP）参画企業数【2022年度までに3,000社以上】</p> <p>○スマート・ライフ・プロジェクト（SLP）参画団体数【2022年度までに7,000団体以上】</p> <p>○特定健診の実施率【2023年度までに70%以上】</p> <p>○特定保健指導の実施率【2023年度までに45%以上】</p> <p>○対策型検診で行われている全てのがん種における検診受診率【2022年度までに50%以上】</p> <p>○1日あたりの歩数</p> <p>【2022年度までに○20～64歳:男性9,000歩、女性8,500歩 ○65歳以上:男性7,000歩、女性6,000歩】</p> <p>○産学官連携プロジェクト本部の設置【2020年度中】</p>	<p>○適正体重を維持している者の増加（肥満（BMI25以上）、やせ（BMI18.5未満）の減少）</p> <p>【2022年度までに○20～60歳代男性の肥満者の割合28% ○40～60歳代女性の肥満者の割合19% ○20歳代女性のやせの者の割合20%】</p> <p>○がんの年齢調整死亡率（75歳未満）【2022年度までに2017年度と比べて低下】</p> <p>○年間新規透析患者数【2028年度までに35,000人以下に減少】</p> <p>○糖尿病有病者の増加の抑制</p> <p>【2022年度までに1000万人以下】</p> <p>○メタボリックシンドロームの該当者及び予備群の数</p> <p>【2022年度までに2008年度と比べて25%減少】</p> <p>○野菜摂取量の増加【2022年度までに350g】</p> <p>○食塩摂取量の減少【2022年度までに8g】</p>

	取組事項	実施年度			K P I	
		2020年度	2021年度	2022年度	第1階層	第2階層
予防・健康づくりの推進	<p>6 予防・健康づくりに頑張った者が報われる制度の整備</p> <p>医療・介護制度において、データの整備・分析を進め、保険者機能を強化するとともに、科学的根拠に基づき施策を重点化しつつ、予防・健康づくりに頑張った者が報われる制度を整備する。</p> <p>個人の自発的な予防・健康づくりの取組を推進するため、ヘルスケアポイントなど個人のインセンティブ付与につながる保険者の取組を支援し、先進・優良事例の横展開を図る。</p>	<p>保険者機能を強化するとともに、保険者インセンティブ制度の加減算双方向での評価指標による財政的インセンティブ及びナッジの活用などにより、予防・健康づくりに頑張った者が報われる仕組みを整備。</p> <p>現状の分析を踏まえつつ「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」の周知を行うほか、2018年度から後期高齢者支援金の減算制度において、保険者による個人インセンティブ事業を指標とし、取組を支援。</p> <p>《厚生労働省》</p>			<p>○予防・健康づくりについて、一般住民を対象としたインセンティブを推進する自治体、被用者保険者等の数</p> <p>【2020年度までに市町村：800市町村、被用者：600保険者】 日本健康会議から引用</p>	<p>○適正体重を維持している者の増加（肥満（BMI25以上）、やせ（BMI18.5未満）の減少）</p> <p>【2022年度までに ○20～60歳代男性の肥満者の割合28% ○40～60歳代女性の肥満者の割合19% ○20歳代女性のやせの者の割合20%】</p> <p>○がんの年齢調整死亡率（75歳未満）【2022年度までに2017年度と比べて低下】</p> <p>○年間新規透析患者数【2028年度までに35,000人以下に減少】</p> <p>○糖尿病有病者の増加の抑制</p> <p>【2022年度までに1000万人以下】</p> <p>○メタボリックシンドロームの該当者及び予備群の数</p> <p>【2022年度までに2008年度と比べて25%減少】</p> <p>○野菜摂取量の増加【2022年度までに350g】</p> <p>○食塩摂取量の減少【2022年度までに8g】</p>

	取組事項	実施年度			K P I	
		2020年度	2021年度	2022年度	第1階層	第2階層
予防・健康づくりの推進	<p>7 インセンティブの活用を含め介護予防・フレイル対策や生活習慣病等の疾病予防・重症化予防等を市町村が一体的に実施する仕組みの検討</p> <p>高齢者一人一人に対し、フレイルなどの心身の多様な課題に対応したきめ細やかな保健事業を行うため、運動、口腔、栄養、社会参加などの観点から市町村における保健事業と介護予防の一体的な実施を推進する。</p> <p>高齢者の通いの場の活用など、介護予防の取組の更なる推進に向け、介護保険制度の保険者機能強化推進交付金の抜本的強化を図る。</p>	<p>医療保険制度の適正かつ効率的な運営を図るための健康保険法等の一部を改正する法律（2019年法律第9号）に基づき、保健事業と介護予防の一体的な実施を着実に推進。</p> <p>市町村を中心とした高齢者の保健事業と介護予防の一体的かつ効率的な実施を促すため、特別調整交付金を活用した支援を実施。</p> <p>介護予防の取組の更なる推進に向けた介護保険制度の保険者機能強化推進交付金の抜本的強化について、関係審議会等における検討結果を踏まえ、所要の措置を講ずる。 2021年度以降も、各指標の達成状況等を踏まえ、必要に応じて見直しを行う。</p> <p>《厚生労働省》</p>				
	<p>8 フレイル対策に資する食事摂取基準の活用</p> <p>フレイル対策にも資する新たな食事摂取基準の活用を図るとともに、事業所、地方自治体等の多様な主体が参加した国民全体の健康づくりの取組を各地域において一層推進する。</p>	<p>食事摂取基準（2020年版）の適用開始。（～2024年）</p> <p>食事摂取基準（2020年版）を活用したフレイル予防の普及啓発ツールの周知・活用。</p> <p>《厚生労働省》</p>			<p>○フレイル予防の普及啓発ツールを活用した栄養に係る事業を実施する市町村【2022年度までに50%以上】</p>	<p>○低栄養傾向（BMI 20以下）の65歳以上の者の割合の増加の抑制【2022年度に22%以下】</p>

	取組事項	実施年度			K P I	
		2020年度	2021年度	2022年度	第1階層	第2階層
予防・健康づくりの推進	9 受動喫煙対策の推進 健康増進の観点から、受動喫煙対策を徹底する。	健康増進法の一部を改正する法律の全面施行。 《厚生労働省》			○普及啓発等の受動喫煙対策に取り組んでいる都道府県数 【47都道府県】 ○受動喫煙防止対策助成金を利用した事業者数 【2019年度に1,000事業者】 ○受動喫煙防止対策に係る相談支援を受けた事業者数 【2019年度に1,000事業者】	○望まない受動喫煙のない社会の実現（2022年度） ※「第3期がん対策基本計画（平成30年3月9日閣議決定）」や「健康日本21（第2次）」においても同様の目標を設定
	10 歯科口腔保健の充実と歯科保健医療の充実 口腔の健康は全身の健康にもつながることからエビデンスの信頼性を向上させつつ、国民への適切な情報提供、生涯を通じた歯科健診、フレイル対策にもつながる歯科医師、歯科衛生士による口腔健康管理など歯科口腔保健の充実、入院患者等への口腔機能管理などの医科歯科連携に加え、介護、障害福祉関係機関との連携を含む歯科保健医療提供体制の構築に取り組む。	口腔の健康と全身の健康に関するエビデンスや自治体が歯科口腔保健医療施策を効果的に行うために有用な情報等の収集を行い、適切な情報提供を行う。 歯科健診や歯科保健指導を効果的・効率的に実施するためのモデルとなる取組の提示等を行う。 「歯科口腔保健の推進に関する基本的事項」の中間評価等を踏まえ、ワーキンググループにおいて、歯周病等の歯科疾患対策について、効果的な予防対策等の検討を行う。 う蝕予防、歯周病予防、口腔機能低下予防等を含めた歯科疾患の効果的な一次予防のモデルの検討等を行う。 後期高齢者医療広域連合が実施する高齢者の特性を踏まえた歯科健診の実施支援。 《厚生労働省》			○歯科口腔保健の推進に関する条例を制定している都道府県の増加 【2022年度までに47都道府県】 ○過去1年間に歯科検診を受診した者の割合【2022年度までに65%】	○80歳で20歯以上自分の歯を有する者の割合【2022年度までに60%以上】 ○60歳代における咀嚼良好者の割合の増加【2022年度までに80%以上】 ○40歳代、60歳代における進行した歯周炎を有する者の割合の減少 【2022年度までに40歳代25%以下、60歳代45%以下】

	取組事項	実施年度			K P I	
		2020年度	2021年度	2022年度	第1階層	第2階層
予防・健康づくりの推進	<p>11 生涯を通じた女性の健康支援の強化</p> <p>生涯を通じた女性の健康支援の強化に取り組む。</p>	<p>女性の健康支援に関し、調査研究を進め、必要な情報を広く周知・啓発。</p> <p>2019年度に開始した特定妊婦等に対する産科受診等支援を踏まえ、女性健康支援センターを通じた支援を引き続き行う。</p> <p>2019年度に改定したガイドラインを踏まえ、子育て世代包括支援センターを通じた支援を引き続き行う。</p> <p>健やか親子21（第2次）中間評価。</p> <p>「がん検診のあり方に関する検討会」におけるとりまとめ（2019年度中予定）を踏まえ、科学的根拠に基づいたがん検診を推進。</p> <p>効果的な個別勧奨の手法の普及など、女性のがん検診受診率向上に向けた取組を推進。</p> <p>《厚生労働省》</p>			<p>○妊娠届出時にアンケートを実施する等して、妊婦の身体的・精神的・社会的状況について把握している市区町村の割合【2024年度に100%】</p> <p>○骨粗鬆症検診の受診率【2017年度を基準に上昇】</p> <p>○子宮頸がん検診、乳がん検診の受診率【2022年度までに50%以上】</p>	<p>○妊娠中の喫煙率・飲酒率【2024年度に0%】</p> <p>○足腰に痛みのある女性高齢者の割合の減少【2022年度までに1,000人当たり260人】</p> <p>○子宮頸がんや乳がんを含めたがんの年齢調整死亡率（75歳未満）【2022年度までに2017年度と比べて低下】</p> <p>○妊娠・出産について満足している者の割合【2024年度までに85.0%】</p>

	取組事項	実施年度			K P I	
		2020年度	2021年度	2022年度	第1階層	第2階層
予防・健康づくりの推進	12 乳幼児期・学童期の健康情報の一元的活用の検討 乳幼児期・学童期の健康情報の一元的活用の検討などに取り組む。	市町村におけるシステム改修及び乳幼児健診情報と学校健診情報の連携・利活用方法の研究を進める。乳幼児健診の受診の有無等を電子化した情報について、転居時に市町村間で引き継がれる仕組みを開始し、また、マイナポータルを活用し、乳幼児健診、妊婦健診、予防接種等の個人の健康情報歴を一元的に確認できる仕組みを開始する。 ≪厚生労働省≫			○乳幼児健診にマイナポータル制度の情報連携を活用している市町村数【増加(2020年6月以降の数値を踏まえて検討)】 ○マイナポータルを通じて乳幼児健診等の健診情報を住民へ提供している市町村数【増加(2020年6月以降の数値を踏まえて検討)】	○乳幼児健康診査の未受診率【2024年度までに3～5か月児が2.0%、1歳6か月児が3.0%、3歳児が3.0%】 ○むし歯のない3歳児の割合【2024年度までに90.0%】 ○全出生数中の低出生体重児の割合【平成28年度の9.4%に比べて減少】
	13 PHR推進を通じた健診・検診情報の予防への分析・活用 生まれてから学校、職場など生涯にわたる健診・検診情報の予防等への分析・活用を推進する。	PHR推進に向け、健診・検診情報の予防等への分析・活用のために必要な取組を整理し、2020年夏までに工程化する。	工程表に沿った対応 		○PHR推進に向けた健診・検診情報の分析・活用のために必要な取組を整理【2020年夏までに工程化】	○健診・検診情報を標準化された形でデジタル化し、PHRとして活用。【2022年度を目途に達成】

	取組事項	実施年度			K P I	
		2020年度	2021年度	2022年度	第1階層	第2階層
予防・健康づくりの推進	<p>14 アレルギー疾患の重症化予防と症状の軽減に向けた対策の推進</p> <p>アレルギー疾患の重症化予防と症状の軽減に向けた対策を推進する。</p>	<p>アレルギー疾患の状態に応じた適切なアレルギー疾患医療を受けることができるよう、各都道府県におけるアレルギー疾患医療提供体制の整備を推進。</p> <p>免疫アレルギー研究10か年戦略に基づく重症化予防と症状の軽減に向けた研究を推進。</p> <p>《厚生労働省》</p>			<p>○都道府県アレルギー疾患医療拠点病院を設置した都道府県数 【2021年度までに47都道府県】</p> <p>○都道府県が実施する患者市民への啓発事業及び医療従事者等への研修事業を実施した都道府県数 【2021年度までに47都道府県】</p> <p>○中心拠点病院での研修に参加した累積医師数 【2021年度までに100人】</p>	<p>○食物によるアナフィラキシーショック死亡者数ゼロ【2028年度まで】</p>

	取組事項	実施年度			K P I	
		2020年度	2021年度	2022年度	第1階層	第2階層
予 防 ・ 健 康 づ く り の 推 進	15 健康サポート薬局の取組の推進					
	<p>一般用医薬品等の普及などによりセルフメディケーションを進めていく中で、健康サポート薬局についても、その効果を検証しつつ取組を進める。</p> <p>「健康サポート薬局」の普及・推進のため、趣旨や考え方について、「薬と健康の週間」など、様々な機会を通じて、国民、自治体や薬局関係団体に向けて周知。</p> <p>健康サポート薬局の要件として薬剤師の受講が求められている研修プログラムにおいて、生活習慣病等の内容の充実を引き続き検討。</p> <p>健康サポート薬局の取組状況・効果や関連法令の改正を踏まえ、必要に応じて制度を見直し。</p> <p>《厚生労働省》</p>				<p>○国及び都道府県等による健康サポート薬局の周知活動の実施回数【各実施主体において年1回以上】</p> <p>○健康サポート薬局の届出数【2021年度までに2018年度と比べて50%増加】</p>	<p>○糖尿病有病者の増加の抑制【2022年度までに1,000万人以下】</p> <p>○メタボリックシンドロームの該当者及び予備群の数【2022年度までに2008年度と比べて25%減少】</p> <p>○適正体重を維持している者の増加（肥満（BMI 25以上）、やせ（BMI 18.5未満）の減少）【2022年度までに・20～60歳代男性の肥満者の割合28% ・40～60歳代女性の肥満者の割合19% ・20歳代女性のやせの者の割合20%】</p>

	取組事項	実施年度			K P I	
		2020年度	2021年度	2022年度	第1階層	第2階層
予 防 ・ 健 康 づ く り の 推 進	<p>16 アルコール・薬物・ギャンブル等・ゲームの依存症対策の推進</p> <p>アルコール・薬物・ギャンブル等の依存症対策について、引き続き、相談・治療体制の整備や民間団体への支援等に取り組む。</p> <p>ゲーム依存症については、実態調査の結果等を踏まえて必要な対策に取り組む。</p>	<p>アルコール、薬物、ギャンブル等の依存症については、未設置自治体へのヒアリング実施や研修の充実を図るなどして、都道府県等における相談拠点機関・専門医療機関・治療拠点機関の整備を行うほか、地域における関係機関の連携強化や民間団体への支援等を推進する。</p> <p>ゲーム依存症については、実態調査の結果等を踏まえ、正しい知識の啓発、人材育成、相談体制の整備などについて検討する。</p> <p>《厚生労働省》</p>			<p>○都道府県・指定都市における相談拠点・専門医療機関・治療拠点機関の設置又は選定数【2020年度までに67自治体】</p> <p>○精神保健福祉センター及び保健所の相談件数【2016年度と比較して増加】</p>	<p>○1日当たりの純アルコール摂取量が男性40g以上、女性20g以上の者の割合【2020年度までに男性13%、女性6.4%以下】</p>

	取組事項	実施年度			K P I	
		2020年度	2021年度	2022年度	第1階層	第2階層
予防・健康づくりの推進	17 予防・健康づくりへの取組やデータヘルス、保健事業について、多様・包括的な民間委託を推進 予防・健康づくりへの取組やデータヘルス、保健事業について、多様・包括的な民間委託を推進し、サービスの質と効率性を高めていく。	予防・健康づくりへの取組やデータヘルス、保健事業について、質の高いサービスの提供や効率性を高めるための、多様・包括的な民間委託を推進。 医療機関と保険者・民間事業者等が連携した医学的管理と運動・栄養等のプログラムを一体的に提供する仕組みの検討。 ≪厚生労働省≫			○保険者からの推薦等一定の基準を満たすヘルスケア事業者数 【2020年度までに100社以上】 日本健康会議から引用	
	18 企業による保険者との連携を通じた健康経営の促進 産業医・産業保健機能の強化や健康経営を支えるサービスの活用促進を図りつつ、企業が保険者との連携を通じて健康経営を促進し、予防・健康づくりの推進における先進・優良事例の全国展開を図る。	健康スコアリングレポートの見方や活用方法等を示した実践的なガイドラインの活用等により、企業が保険者との連携を通じて健康経営を促進し、予防・健康づくりの推進における先進・優良事例を全国展開。 全保険者種別で健康スコアリングレポート（保険者単位）で実施。 ≪厚生労働省≫	健康保険組合、国家公務員共済組合において、健康スコアリングレポート(事業主単位)で実施。		○健康保険組合等保険者と連携して健康経営に取り組む企業数 【2020年度までに500社以上】 日本健康会議から引用 ○協会けんぽ等保険者や商工会議所等のサポートを得て健康宣言等に取り組む企業数 【2020年度までに3万社以上】 日本健康会議から引用	○糖尿病有病者の増加の抑制 【2022年度までに1,000万人以下】 ○メタボリックシンドロームの該当者及び予備群の数 【2022年度までに2008年度と比べて25%減少】

	取組事項	実施年度			K P I	
		2020年度	2021年度	2022年度	第1階層	第2階層
予 防 ・ 健 康 づ く り の 推 進	<p>19 保険者努力支援制度の評価指標への追加などインセンティブの一層の活用等</p> <p>保険者努力支援制度の評価指標への追加などインセンティブの一層の活用、戦略的な情報発信などによる後押しにより、先進・優良事例の横展開を促進する。</p> <p>保険者努力支援制度において加減算双方向での評価指標の導入などメリハリを強化するとともにその抜本的強化を図る。</p> <p>インセンティブの評価指標（例えば、糖尿病等の重症化予防事業）について、アウトカム指標の割合を計画的に引き上げていくとともに、引上げスケジュールをあらかじめ明らかにし、保険者等の計画的な取組を促す。インセンティブ付与に当たっては、健診情報やレセプトを活用した多剤・重複投薬の是正や糖尿病等の重症化予防、保険者間でのデータ連携・解析等に取り組む保険者を重点的に評価する。</p>	<p>保険者インセンティブ制度の加減算双方向での評価指標による財政的インセンティブの一層の活用、戦略的な情報発信などによる後押しにより、先進・優良事例の横展開を促進。</p> <p>効率的・効果的なデータヘルスの普及に向け、評価指標や保健事業の標準化を検討。</p> <p>保険者努力支援制度については、2021年度以降も加減算双方向での評価指標による財政的インセンティブを一層活用するとともに、「見える化」を促進する観点から市町村ごとの点数獲得状況を指標ごとに公表する。</p> <p>国民健康保険における取組に加えて、後期高齢者医療や被用者保険等その他の各医療保険制度においても、評価指標や各保険者の取組状況等について、保険者等にとって活用しやすい形で見える化を進める。</p> <p>後期高齢者支援金の加減算制度については、2021年度からの中間見直しの実施に向けて、各評価指標や配点について、成果指標の導入拡大や配分基準のメリハリの強化、また重点的に評価する項目の見直し等を検討する。</p> <p>《厚生労働省》</p>			<p>○かかりつけ医等と連携して生活習慣病の重症化予防に取り組む自治体、広域連合の数【2020年度までに市町村：1,500、広域連合：47】日本健康会議から引用</p> <p>○レセプトの請求情報を活用し、被保険者の全体像を把握した上で、特定健診未受診者層や未治療者、治療中断者、治療中の者から事業対象者を抽出している自治体数【増加】</p> <p>○アウトカム指標を用いて事業評価を実施している自治体数【増加】</p>	<p>○適正体重を維持している者の増加（肥満（BMI25以上）、やせ（BMI18.5未満）の減少） 【2022年度までに</p> <ul style="list-style-type: none"> ・20～60歳代男性の肥満者の割合28% ・40～60歳代女性の肥満者の割合19% ・20歳代女性のやせの者の割合20%】

	取組事項	実施年度			K P I	
		2020年度	2021年度	2022年度	第1階層	第2階層
予防・健康づくりの推進	20 認知症、がんゲノム医療等の社会的課題解決に資する研究開発や実装 認知症、がんゲノム医療等の社会的課題解決に資する研究開発や実装に向けて、既存施策との整合性を図りつつ、政府において優先順位を付け、それを基に予算を重点的に配分するとともに中長期の事業規模を明らかにして推進する。	認知症の危険因子、防御因子を特定し、病態を解明する大規模コホート研究の実施。 有効な認知症予防、診断・治療法の研究・開発を推進。 がんゲノム医療中核拠点病院等の整備を行うとともに、遺伝子パネル検査の実施施設を拡大。 がんゲノム情報管理センターの整備を行うとともに、がんゲノム情報管理センターでゲノム情報や臨床情報を集約・整備し、産学官の研究者による革新的医薬品や診断技術などの開発を推進。 ≪厚生労働省≫			○全国的な情報登録システム（オレンジレジストリ）への発症前も含めた認知症進行段階ごとにおける症例等の登録合計件数【2020年度までに合計1万件】 ○がんゲノム医療中核拠点病院又はがんゲノム医療拠点病院のいずれかを設置した都道府県数【2020年度までに30都道府県】	○2025年までに、認知症の診断・治療効果に資するバイオマーカーの確立（臨床試験取得3件以上）、日本発の認知症の疾患修飾薬候補の治験開始 ○がんの年齢調整死亡率（75歳未満）【2022年度までに2017年度と比べて低下】
	21 ゲノム医療の推進 ゲノム情報が国内に蓄積する仕組みの整備及び、がんの克服を目指した全ゲノム解析等を活用するがんの創薬・個別化医療、全ゲノム解析等による難病の早期診断に向けた研究等を推進する。	全ゲノム解析の推進 2019年内目途に策定予定の実行計画を踏まえ、人材育成・体制整備を推進する。 ≪厚生労働省≫			【2019年内目途に策定予定の実行計画に基づき対応】	【2019年内目途に策定予定の実行計画に基づき対応】

2-2 多様な就労・社会参加

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

	取組事項	実施年度			K P I		
		2020年度	2021年度	2022年度	第1階層	第2階層	
多様な就労・社会参加	22 勤労者皆保険制度（被用者保険の更なる適用拡大）の実現を目指した検討	50人超規模の企業まで被用者保険の適用範囲を拡大する。 スケジュールについては、2024年10月に50人超規模の企業まで適用することとし、その施行までの間にも、できるだけ多くの労働者の保障を充実させるため、2022年10月に100人超規模の企業までは適用することを基本とする。 短時間労働者への適用要件のうち、1年以上の勤務期間要件は、実務上の取扱いの現状も踏まえて撤廃し、フルタイムの被保険者と同様の2ヶ月超の要件を適用する。 また、5人以上の個人事業所のうち、弁護士・税理士・社会保険労務士等の法律・会計事務を取り扱う士業について、適用業種に追加する。 以上を踏まえて、法制上の措置を講ずる。 また、就業調整の是正に向けた環境整備については、2016年10月に施行された適用拡大では、社会保険加入のメリット等を企業が従業員に丁寧に説明し、理解いただくことが重要であったことから、更なる適用拡大も見据えて、労働者本人への周知・企業から従業員への説明支援のための取組を行う。 《厚生労働省》				—	—
	高齢者、女性をはじめとして多様な就労・社会参加を促進するため、勤労者が広く被用者保険でカバーされる勤労者皆保険制度（被用者保険の更なる適用拡大）の実現を目指して検討を行う。 短時間労働者に対する厚生年金保険及び健康保険の適用範囲について、これまでの被用者保険の適用拡大及びそれが労働者の就業行動に与えた影響についての効果検証を行いつつ、法案提出も含めた必要な措置を講ずる。 また、多様で柔軟な働き方を支援するため、就業調整の是正に向けた環境整備を進める。						

	取組事項	実施年度			K P I	
		2020年度	2021年度	2022年度	第1階層	第2階層
多様な就労・社会参加	23 高齢期における職業生活の多様性に応じた公的年金制度の整備	<p>60歳から70歳まで自分で選択可能となっている年金受給開始の時期について、その上限を75歳に引き上げる。これに併せて、繰上げ・繰下げの増減率を、年金財政への中立を基本に最新の生命表等に応じたものに見直す。</p> <p>60～64歳に支給される特別支給の老齢厚生年金を対象とした在職老齢年金（低在老）については、就労に与える影響が一定程度確認されているという観点、2030年度まで支給開始年齢の引上げが続く女性の就労を支援するという観点、また、制度を分かりやすくする観点から、現行の28万円から65歳以上の在職老齢年金制度（高在老）と同じ47万円の基準に合わせる。</p> <p>併せて、就労期間を延伸して長期化する高齢期の経済基盤を拡充すべく、65歳以上の者の老齢厚生年金について、在職中から年金額の改定を毎年行い早期に年金額を増額させる在職定時改定を導入する。以上を踏まえて、法制上の措置を講ずる。</p> <p>老後の生活設計の選択を支援するため、ねんきん定期便等において、年金受給を繰り下げた場合の金額を表示すること等により、分かりやすい情報提供を推進する。</p> <p>《厚生労働省》</p>				
	<p>高齢期における職業生活の多様性に応じた一人一人の状況を踏まえた年金受給の在り方について、高齢者雇用の動向、年金財政や再分配機能に与える影響、公平性等に留意した上で、繰下げ制度の柔軟化を図るとともに、就労意欲を阻害しない観点から、将来的な制度の廃止も展望しつつ在職老齢年金の在り方等を検討し、社会保障審議会での議論を経て、速やかに制度の見直しを行う。また、老後の生活設計の選択を支援するため、随時ねんきん定期便等の記載を見直す。</p>				—	—

2-3 医療・福祉サービス改革

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

	取組事項	実施年度			K P I	
		2020年度	2021年度	2022年度	第1階層	第2階層
医療・福祉サービス改革	<p>24 元気で働く意欲のある高齢者を介護・保育等の専門職の周辺業務において育成・雇用する取組を全国に展開</p> <p>既存の施策を含め地方自治体への財政的インセンティブを活用し、元気で働く意欲のある高齢者を介護・保育等の専門職の周辺業務において育成・雇用する取組を全国に展開する。</p>	<p>2019年度の検討結果に基づき、多様な人材の活用を推進するために必要な取組を実施。</p> <p>《厚生労働省》</p>			—	—
	<p>25 子ども・子育てについて、効果的・効率的な支援とするための優先順位付けも含めた見直し</p> <p>子ども・子育てについて、全世代型社会保障の実現に向けて充実・強化を図る中においても、効果的・効率的な支援としていくことが重要であり、優先順位付けも含めた見直しを行う。</p>	<p>教育・保育給付費の基礎となる公定価格について、子ども・子育て会議における議論も踏まえ、経営実態や収益性などの観点から、そのあり方について必要な検討を加え、予算にその内容を反映する。</p> <p>児童手当制度について、世帯所得の稼得者について制度創設時から大きな変化が生じていることや、児童手当法の一部を改正する法律（平成24年法律第24号）の附則検討規定を踏まえ、子ども・子育て支援の充実策の検討ともあわせつつ、児童手当（本則給付）が支給されるか否かの判定基準である所得の範囲について、世帯合算で判断するための見直しや、特例給付について、そのあり方を検証し、見直しを検討し、予算にその内容を反映する。</p> <p>《厚生労働省・内閣府》</p>			—	—

	取組事項	実施年度			K P I	
		2020年度	2021年度	2022年度	第1階層	第2階層
医療・福祉サービス改革	26 人生の最終段階における医療・ケアの在り方等について(人生会議などの取組の推進)	人生の最終段階における医療・ケアの在り方等について、人生会議などの取組を推進する。 人生会議の取組を全国に広げるため、各種イベントやツールを活用し、国民に対して、普及・啓発を進める。また、医療関係者等が人生の最終段階における医療・ケアの相談に対応出来るよう、研修を実施する。 《厚生労働省》			○「人生会議（ACP: アドバンス・ケア・プランニング）国民向け普及啓発事業」の集客数【2020年度に15,000人以上】 ○「人生の最終段階における医療・ケアに関する患者本人等の相談に適切に対応できる医療・介護人材を育成する研修」の実施回数【2020年度に12回以上】	○「人生の最終段階における医療・ケアに関する患者本人等の相談に適切に対応できる医療・介護人材を育成する研修」参加者が所属する医療機関等の実数【2020年度に300機関以上】
	27 在宅看取りの好事例の横展開	在宅看取りの好事例の横展開を行う。 在宅看取りの好事例の整理及び各種研修等を通じた横展開。 《厚生労働省》			○「人生の最終段階における医療・ケアに関する患者本人等の相談に適切に対応できる医療・介護人材を育成する研修」の参加人数【2020年度に960人以上】	
	28 精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築	精神障害者が地域の一員として安心して自分らしい暮らしをすることができるよう、引き続き、精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築を進める。 障害福祉計画に基づき、地域の関係機関の重層的な連携による支援体制の構築、サービス基盤の整備などを推進する。 精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築推進・構築支援事業において、新たに構築推進サポーター事業、精神医療相談事業及び医療機関における他職種連携及び地域における居住の確保等による継続的な地域生活支援モデル事業を実施する。 《厚生労働省》			○「精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築推進事業」の実施自治体数【2021年度までに150自治体】 ○「精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築推進事業」において実施している事業総数【2021年度までに1,500事業】	○精神障害者の精神病床から退院後1年以内の地域での平均生活日数【2019年度に公表する数値から増加】

	取組事項	実施年度			K P I	
		2020年度	2021年度	2022年度	第1階層	第2階層
医療・福祉サービス改革	29 地域医療構想の実現					
	i 地域医療構想の実現に向けた病床の機能分化・連携の取組を促進する 地域医療構想の実現に向け、全ての公立・公的医療機関等に係る具体的対応方針について、診療実績データの分析を行い、具体的対応方針の内容が、民間医療機関では担えない機能に重点化され、2025年において達成すべき医療機能の再編、病床数等の適正化に沿ったものとなるよう、重点対象区域の設定を通じて国による助言や集中的な支援を行うとともに、適切な基準を新たに設定した上で原則として2019年度中（※）に対応方針の見直しを求める。 民間医療機関についても、2025年における地域医療構想の実現に沿ったものとなるよう対応方針の策定を改めて求めるとともに、地域医療構想調整会議における議論を促す。 こうした取組によっても病床の機能分化・連携が進まない場合には、2020年度に実効性のある新たな都道府県知事の権限の在り方について検討し、できる限り早期に所要の措置を講ずる。 地域医療介護総合確保基金の配分（基金創設前から存在している事業も含む）における大幅なメリハリ付けの仕組みや国が主導する実効的なPDCAサイクルを構築する 病床の転換や介護医療院への移行等が着実に進むよう、地域医療介護総合確保基金や急性期病床や療養病床に係る入院基本料の見直しによる病床再編の効果などこれまでの推進方策の効果・コストの検証を行い、必要な対応を検討する。 ※医療機関の再編統合を伴う場合については、遅くとも2020年秋ごろまで。	<ul style="list-style-type: none"> 重点支援区域の設定を通じた国による助言や集中的な支援の実施。 民間医療機関の対応方針策定の促進のための方策の議論に着手。 地域医療介護総合確保基金の配分における大幅なメリハリ付けの仕組みの検討、実施。 公立・公的医療機関等の対応方針の見直し等の取組によっても病床の機能分化・連携が進まない場合の新たな都道府県知事の権限の在り方の検討、所要の措置。 以上の事項について、「経済財政運営と改革の基本方針2020（仮）」に向け、工程表の具体化を図る。 ≪厚生労働省≫			○地域医療構想調整会議において具体的対応方針について合意に至った医療施設の病床の割合 【「経済財政運営と改革の基本方針2020（仮）」に向け、工程表の具体化を図ることとしており、その結果を踏まえて指標を改めて設定】 ○公立病院改革プランまたは公的医療機関等2025プラン対象病院で、再検証要請対象医療機関とされた医療施設のうち、地域医療構想調整会議において具体的対応方針について再度合意に至った医療施設の病床の割合【「経済財政運営と改革の基本方針2020（仮）」に向け、工程表の具体化を図ることとしており、その結果を踏まえて指標を改めて設定】	○地域医療構想の2025年における医療機能別（高度急性期、急性期、回復期、慢性期）の必要病床数を達成するために増減すべき病床数に対する実際に増減された病床数の割合【2025年度に100%】 ○介護療養病床の第7期介護保険事業計画に沿ったサービス量進捗状況と、第8期計画期初に見込まれる期末時点でのサービス減量【2020年度末に100%】

骨太の方針2020
に向け具体化

	取組事項	実施年度			K P I	
		2020年度	2021年度	2022年度	第1階層	第2階層
医療・福祉サービス改革	<p>ii 病床のダウンサイジング支援の追加的方策を検討</p> <p>病床の転換や介護医療院への移行などが着実に進むよう、地域医療介護総合確保基金や急性期病床や療養病床に係る入院基本料の見直しによる病床再編の効果などこれまでの推進方策の効果・コストの検証を行い、必要な対応を検討するとともに、真に地域医療構想の実現に資するものとする観点から必要な場合には、消費税財源を活用した病床のダウンサイジング支援の追加的方策を講ずる。</p>	<p>地域医療介護総合確保基金の活用状況の検証結果を踏まえ、病床のダウンサイジング支援の追加的方策について検討し、その結果に基づき所要の措置を講じる。</p> <p>2019年度末までに介護療養型医療施設及び医療療養病床からの転換状況を把握した上で、転換が進んでいない場合には、その原因の検証を実施。その結果を踏まえ、関係審議会等において、第8期計画期間に向けて検討し、その結果に基づき所要の措置を講じる。</p> <p>病床の機能分化・強化・連携を推進し、患者の状態に応じて適切な医療資源が投入されるよう、一般病棟における重症度、医療・看護必要度の基準の見直しや療養病棟の適切な評価について、2020年度診療報酬改定において対応。</p> <p>《厚生労働省》</p>			—	—

	取組事項	実施年度			K P I	
		2020年度	2021年度	2022年度	第1階層	第2階層
医療・福祉サービス改革	30 高額医療機器の効率的な配置等を促進 高額医療機器について、共同利用の一層の推進など効率的な配置を促進する方策を講じる。また、これに伴う稼働率の向上を促進する方策を検討する。	全ての都道府県において医療計画に基づく医療機器等の効率的な活用を促進に関する事項を盛り込んだ医療計画を策定し、地域ごとに関係者による外来医療提供体制の確保に関する協議の場を設け、医療機器等の効率的な活用に関する協議を行い、その結果を公表。 各医療機関は、所属都道府県において作成された医療計画に沿って、共同利用申請書を都道府県に提出。 高額医療機器の共同利用の推進を図るため、2020年度診療報酬改定において、対象となる高額医療機器の範囲を拡大。 ≪厚生労働省≫	共同利用計画策定の件数を含めた状況を把握するとともに、共同利用計画策定が十分に進まない場合には、更なる実効的な措置を速やかに検討し、その結果に基づき必要な措置を講ずる。		○医療機器等の効率的な活用の促進に関する事項を盛り込んだ医療計画を作成した都道府県数 【2020年度までに47都道府県】	各都道府県が作成した医療計画に沿って、医療設備・機器等の共同利用計画を策定した医療機関【1000件以上】
	31 将来的な医学部定員の減員に向け、医師養成数の方針について検討 2022年度以降については、定期的に医師需給推計を行った上で、働き方改革や医師偏在の状況等に配慮しつつ、将来的な医学部定員の減員に向け、医師養成数の方針について検討する。	2022年度以降の医学部定員の方針を決定する。 ≪厚生労働省≫			—	—
	32 医師の働き方改革について検討 医師の働き方改革について、地域医療の提供への影響等検証しながら、検討を進める。	「医師の働き方改革に関する検討会」の議論を踏まえ、時間外労働の上限規制に係る制度上の必要な措置を講ずるとともに、上限規制が適用される予定の2024年4月1日に向けて、医師の労働時間の短縮のための各種勤務環境改善策の推進等の総合的な取組を実施。 タスク・シフティング等の勤務環境改善の先進的な取組を行う医療機関への支援を実施。 医療勤務環境改善支援センターにおいて、労務管理等の専門家による医療機関の訪問支援等を実施。 ≪厚生労働省≫			—	—

	取組事項	実施年度			K P I	
		2020年度	2021年度	2022年度	第1階層	第2階層
医療・福祉サービス改革	33 地域の実情を踏まえた取組の推進 i 地域別の取組や成果について進捗管理・見える化を行うとともに、進捗の遅れている地域の要因を分析し、保険者機能の一層の強化を含め、さらなる対応の検討	<p>各都道府県において、第3期医療費適正化計画（2018年度から2023年度まで）に基づき、医療費適正化の取組を推進するとともに、毎年度PDCA管理を実施。</p> <p>新たな保険者インセンティブ制度（2018年度より開始）を実施しつつ、加減算双方向での評価指標による財政的インセンティブの一層の活用。（地域別の取組については、第3期医療費適正化計画や保険者努力支援制度等で見える化）</p> <p>改正介護保険法に基づく、保険者等における以下の取組等について、費用分析や適正化手法を普及することに加え、進捗管理の手引を周知し、推進。 一 介護保険事業（支援）計画の策定に当たりデータの分析を実施。 一 同計画に自立支援・重度化防止等の取組内容と目標を記載し、その達成状況の評価等を実施。</p> <p>地域包括ケア「見える化」システムに地域ごとの取組の具体的事例を掲載。</p> <p>国において、介護給付費の地域差等の分析、「見える化」を引き続き推進し、地域包括ケア「見える化」システムを通じて国民に分かりやすい形で公表。</p> <p>保険者機能強化推進交付金の評価指標に基づく評価結果を公表し、各保険者等における取組状況の「見える化」を推進等。</p> <p>≪厚生労働省≫</p>			<p>○後発医薬品の利用動向など、使用割合を高める取組を行う保険者【2020年度までに100%】</p> <p>○重複・頻回受診、重複投薬の防止等の医療費適正化の取組を実施する保険者【2023年度までに100%】</p> <p>○地域差を分析し、介護給付費の適正化の方策を策定した保険者【2020年度までに100%】</p>	<p>○第3期医療費適正化計画における各都道府県の医療費目標及び適正化指標【2023年度における各都道府県での目標達成】</p> <p>○年齢調整後の一人当たり医療費の地域差【2023年度時点での半減を目指して年々縮小】</p> <p>○年齢調整後の要介護度別認定率の地域差【2020年度末までに縮減】</p>
	<p>一人当たり医療費の地域差半減、一人当たり介護費の地域差縮減に向けて、国とともに都道府県が積極的な役割を果たしつつ、後期高齢者の増加に伴う医療費の伸びを含め、地域別の取組や成果について進捗管理・見える化を行うとともに、進捗の遅れている地域の要因を分析し、保険者機能の一層の強化を含め、更なる対応を検討する。</p>					

	取組事項	実施年度			K P I		
		2020年度	2021年度	2022年度	第1階層	第2階層	
医療・福祉サービス改革	ii 国保財政の健全化に向け、受益と負担の見える化の推進（法定外繰入の解消等） 国保財政の健全化に向け、法定外繰入の解消など先進事例を後押しするとともに横展開を図り、受益と負担の見える化を進める。 法定外繰入等の解消について、国保財政を健全化する観点から、その解消期限や公費の活用等解消に向けた実効的・具体的な手段が盛り込まれた計画の策定を求めるとともに、保険者努力支援制度における加減算双方向でのインセンティブ措置を導入し、法定外繰入等の一人当たりの額が大きい都道府県を含め、法定外繰入等の早期解消を促す。 国保の都道府県内保険料水準の統一や収納率の向上など受益と負担の見える化に取り組む都道府県の先進・優良事例について全国展開を図る。	法定外繰入等の解消期限や公費の活用等解消に向けた実効的・具体的な手段が盛り込まれた計画の策定・実行を推進する。 国保都道府県単位化後の法定外繰入等の状況を踏まえつつ、法定外繰入等を解消する観点から、法定外繰入等が生じる要因の分析を市町村単位で行い法定外繰入等の額と併せて公表するとともに、地方団体等と協議し、その結果に基づき、より実効性のある更なる措置。 都道府県内保険料水準の統一に向けて、納付金等算定ガイドラインにおける見直しを行うとともに、戦略的な情報発信などにより、公費活用を含めた法定外繰入等の解消など統一に向けて取り組む都道府県の先進・優良事例の横展開を図る。 <厚生労働省>				○法定外繰入等の解消に向けた計画において、解消年度と公費の活用等解消に向けた実効的・具体的な手段を明記した市町村の割合【2020年度までに100%】	○法定外繰入等の額【2017年度決算(1,751億)より減少】 ○法定外繰入等を行っている市町村数【2023年度までに200市町村】
	iii 高齢者の医療の確保に関する法律第14条に基づく地域独自の診療報酬について在り方を検討 高齢者の医療の確保に関する法律 第14条に基づく地域独自の診療報酬について、都道府県の判断に資する具体的な活用策の在り方を検討する。	各都道府県において、第3期医療費適正化計画に基づき、医療費適正化の取組を推進するとともに、毎年度PDCA管理を実施し、国において、高齢者の医療の確保に関する法律第14条に基づく地域独自の診療報酬について、都道府県の意向を踏まえつつ、その判断に資する具体的な活用策を検討し、提示。 <厚生労働省>				—	—
	34 多剤投与の適正化 i レセプト情報を活用し、医師や薬剤師が投薬履歴等を閲覧できる仕組みの構築 レセプト情報を活用し、本人同意の下、医師や薬剤師が投薬履歴等を閲覧できる仕組みの構築や、診療報酬での評価等により、多剤投与の適正化を引き続き推進する。	レセプト情報を活用し、医師や薬剤師が投薬履歴等を閲覧できるシステム（本人のマイナポータルでの閲覧を含む）の構築・準備。 <厚生労働省>	2021年10月からのデータ提供を開始。			—	—
ii 診療報酬での評価等 診療報酬での評価等により、多剤投与の適正化を引き続き推進する。	医師・院内薬剤師と薬局薬剤師の協働の取組による医薬品の適正使用の評価等、2020年度診療報酬改定において多剤投与の適正化を推進。 <厚生労働省>				—	—	

	取組事項	実施年度			K P I		
		2020年度	2021年度	2022年度	第1階層	第2階層	
医療・福祉サービス改革	35 介護保険制度における財政的インセンティブの評価指標による評価結果の公表及び取組状況の「見える化」や改善の推進	<p>介護保険の財政的インセンティブの評価指標による評価結果を公表し、取組状況の「見える化」や改善を進めるとともに、第8期介護保険事業計画期間における調整交付金の活用方策について、改正介護保険法による新たな交付金による保険者の取組の達成状況や評価指標の運用状況等も踏まえ、保険者間の所得水準の差等を調整するための重要な機能を担っていること等に留意しつつ、第7期期間中に地方公共団体関係者の意見も踏まえつつ、具体的な方法等について検討し、結論を得る。</p>	<p>介護予防の取組の更なる推進に向けた介護保険制度の保険者機能強化推進交付金の抜本的強化について、関係審議会等における検討結果を踏まえ、所要の措置を講ずる。</p> <p>また、市町村における地域分析に資するよう、2020年度中に、各市町村が他の市町村の指標ごとの点数獲得状況を閲覧できる環境を整備するとともに、更なる見える化を推進する観点から、都道府県と連携しつつ、市町村の指標ごとの点数獲得状況の公表に向けて、早期に議論を進めていく。</p> <p>上記交付金の評価指標等について、その運用状況等を踏まえ、より自立支援・重度化防止等に資するものとなるように改善。</p> <p>《厚生労働省》</p>			<p>○地域差を分析し、介護給付費の適正化の方策を策定した保険者【2020年度までに100%】</p> <p>○認定者数、受給者数、サービスの種類別の給付実績を定期的にモニタリング（点検）している保険者【2020年度までに100%】</p>	<p>○年齢調整後の要介護度別認定率の地域差【2020年度末までに縮減】</p> <p>○年齢調整後の一人当たり介護費の地域差（施設/居住系/在宅/合計）【2020年度末までに縮減】</p>
	36 第8期介護保険事業計画期間における調整交付金の活用方策の検討	<p>介護保険の財政的インセンティブの評価指標による評価結果を公表し、取組状況の「見える化」や改善を進めるとともに、第8期介護保険事業計画期間における調整交付金の活用方策について、改正介護保険法による新たな交付金による保険者の取組の達成状況や評価指標の運用状況等も踏まえ、保険者間の所得水準の差等を調整するための重要な機能を担っていること等に留意しつつ、第7期期間中に地方公共団体関係者の意見も踏まえつつ、具体的な方法等について検討し、結論を得る。</p>	<p>保険者機能の更なる強化に向けて、第8期介護保険事業計画期間における調整交付金の新たな活用方策について、地方公共団体関係者の意見も踏まえつつ、関係審議会等において検討した結論を踏まえ、所要の措置を講ずる。</p> <p>《厚生労働省》</p>			—	—

	取組事項	実施年度			K P I	
		2020年度	2021年度	2022年度	第1階層	第2階層
医療・福祉サービス改革	37 大都市や地方での医療・介護提供に係る広域化等の地域間連携の促進 新たな地域別の将来人口推計の下での大都市や地方圏での医療・介護提供に係る広域化等の地域間連携を促進する。	県境を超えた患者の流出入等を反映した地域医療構想及びそれを踏まえ策定した医療計画・介護保険事業支援計画に基づき、都道府県において、病床の機能分化連携や在宅医療・介護の推進に係る取組を推進。 地域医療構想については、 ・重点支援区域の設定を通じた国による助言や集中的な支援の実施。 ・民間医療機関の対応方針策定の促進のための方策の議論に着手。 ・地域医療介護総合確保基金の配分における大幅なメリハリ付けの仕組みの検討、実施。 ・公立・公的医療機関等の対応方針の見直し等の取組によっても病床の機能分化・連携が進まない場合の新たな都道府県知事の権限の在り方の検討、所要の措置。 以上の事項について、「経済財政運営と改革の基本方針2020（仮）」に向け、工程表の具体化を図る。 ≪厚生労働省≫		<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">2023年度まで</div>	○公立病院改革プランまたは公的医療機関等2025プラン対象病院で、再検証要請対象医療機関とされた医療施設のうち、地域医療構想調整会議において具体的方針について再度合意に至った医療施設の病床の割合 【「経済財政運営と改革の基本方針2020（仮）」に向け、工程表の具体化を図ることとしており、その結果を踏まえて指標を改めて設定】 ○在宅患者訪問診療件数【2017年医療施設調査からの増加】	○地域医療構想の2025年における医療機能別（高度急性期、急性期、回復期、慢性期）の必要病床数を達成するために増減すべき病床数に対する実際に増減された病床数の割合 【2025年度に100%】 ○介護療養病床の第7期介護保険事業計画に沿ったサービス量進捗状況と、第8期計画期初に見込まれる期末時点でのサービス減量【2020年度末に100%】
	38 診療報酬や介護報酬において、アウトカムに基づく支払いの導入等の推進 診療報酬や介護報酬においては、適正化・効率化を推進しつつ、安定的に質の高いサービスが提供されるよう、ADLの改善などアウトカムに基づく支払いの導入等を引き続き進めていく。	2018年度診療報酬改定の影響の検証結果を踏まえ、2020年度診療報酬改定において、アウトカム指標の見直し等を実施。 介護報酬において、ADLの改善等アウトカムを評価する加算を含めこれまで設けられた各種加算について、サービスの質の反映状況等の検証を通じて、より効果的な加算の在り方に関して、2021年度介護報酬改定に向けて関係審議会等において必要な対応を検討。 介護事業所の経営実態等を適切に把握できるよう、介護報酬改定において参照される経営実態調査等について、調査・集計方法等の改善や有効回答率の向上を通じて精度を向上。 ≪厚生労働省≫	アウトカムに基づく支払い等に関する加算について検証を行う。		—	—

	取組事項	実施年度			K P I	
		2020年度	2021年度	2022年度	第1階層	第2階層
医療・福祉サービス改革	39 データヘルス改革の推進 i 被保険者番号の個人単位化とオンライン資格確認を導入 データヘルス改革を推進し、被保険者番号の個人単位化とオンライン資格確認を導入するとともに、「保健医療データプラットフォーム」について、2020年度の本格運用開始を目指し取り組む。	被保険者番号の個人単位化とオンライン資格確認システムについて2020年度末までに本格運用を開始。 <<厚生労働省>>			—	—
	ii 「保健医療データプラットフォーム」の2020年度本格運用開始 データヘルス改革を推進し、被保険者番号の個人単位化とオンライン資格確認を導入するとともに、「保健医療データプラットフォーム」について、2020年度の本格運用開始を目指し取り組む。	2019年9月にデータヘルス改革推進本部において策定した2025年度までの工程表に沿って、着実に取組を推進。 レセプトに基づく薬剤情報及び特定健診情報を全国の医療機関等で確認できる仕組みを、特定健診情報について稼働。 レセプトに基づく薬剤情報及び特定健診情報以外のデータ項目を全国の医療機関で確認できる仕組みの工程表を夏頃策定。 NDB、介護DB情報の匿名での連結解析を可能とするシステムについて2020年度中に検討し、運用を開始。 (DPCDBについては2022年度のNDB・介護DBとの連結解析体制の運用開始に向け検討)。 <<厚生労働省>>	2025年度まで 	レセプトに基づく薬剤情報及び特定健診情報以外のデータ項目を全国の医療機関で確認できる仕組みについて、工程表に沿って対応。	○全国の医療機関等において確認できる保健医療情報のデータ項目数 【2020年夏までに工程表を策定することとしており、その結果を踏まえて指標を改めて設定】 ○NDB、介護DBの第三者提供の件数【運用開始後(2020年度以降)提供件数増加】 ○オープンデータの充実化 【集計項目数増加】	

	取組事項	実施年度			K P I	
		2020年度	2021年度	2022年度	第1階層	第2階層
医療・福祉サービス改革	iii 医療保険の支払審査機関について、「支払基金業務効率化・高度化計画・工程表」等に掲げられた改革項目の着実な推進 医療保険の審査支払機関について、「支払基金業務効率化・高度化計画・工程表」等に掲げられた改革項目を着実に進める。	医療保険の審査支払機関について、審査支払新システムの構築等、「支払基金業務効率化・高度化計画・工程表」等に掲げられた改革項目を着実に進める。 ≪厚生労働省≫			○「支払基金業務効率化・高度化計画・工程表」等に掲げられた改革項目16項目の進捗状況 【各年度時点での十分な進捗を実現】	○コンピュータで審査完了するレセプトの割合 【システム刷新後2年以内に9割程度】 ○既存の支部設定コンピュータチェックルールの移行・廃止 【新システム稼働時まで集約完了】
	iv AIの実装に向けた取組の推進 人口減少の中にあって少ない人手で効率的に医療・介護・福祉サービスが提供できるよう、AIの実装に向けた取組の推進、ケアの内容等のデータを収集・分析するデータベースの構築、ロボット・IoT・AI・センサーの活用を図る。 - 保健医療分野でのディープラーニングや機械学習等のAI開発を戦略的に進めるため、①ゲノム医療、②画像診断支援、③診断・治療支援、④医薬品開発、⑤介護・認知症、⑥手術支援、を重点6領域と定めて開発・実用化を促進する。	重点6領域を中心に必要な研究事業等を実施し、AI開発を加速化するとともに、AI開発に必要な医用画像のデータベースを構築。 2019年度末にとりまとめ予定のロードブロック（開発の障壁）解消に向けた工程表、AIの開発・利活用が期待できる領域の俯瞰図に基づく工程表に基づきAIの研究開発、社会実装を推進。 ≪厚生労働省≫			○6つの重点領域（ゲノム医療、画像診断支援、診断・治療支援、医薬品開発、介護・認知症、手術支援）のうち、AIの構築に必要なデータベースを構築した領域数 【2020年度末までに6領域】	○6領域における、AI技術の製品化等、現場での実用化に至った領域数【2020年度末までに1領域】
	v ケアの内容等のデータを収集・分析するデータベースの構築 人口減少の中にあって少ない人手で効率的に医療・介護・福祉サービスが提供できるよう、AIの実装に向けた取組の推進、ケアの内容等のデータを収集・分析するデータベースの構築、ロボット・IoT・AI・センサーの活用を図る。	新たに構築したデータベース（CHASE）を含む介護関連データベースを活用し、自立支援・重度化防止等に資する介護の普及に向けたデータの収集・分析を実施。 ≪厚生労働省≫	データベースについて、次期以降の介護報酬改定等に活用。		—	—

	取組事項	実施年度			K P I	
		2020年度	2021年度	2022年度	第1階層	第2階層
医療・福祉サービス改革	vi ロボット・IoT・AI・センサーの活用 人口減少の中にあって少ない人手で効率的に医療・介護・福祉サービスが提供できるよう、AIの実装に向けた取組の推進、ケアの内容等のデータを収集・分析するデータベースの構築、ロボット・IoT・AI・センサーの活用を図る。	2040年に向けたロボット・AI等の実用化構想の策定の検討。 介護現場と開発事業者との連携など、介護ロボットの開発・実証・普及のプラットフォームを構築し、プラットフォームを活用した実証を実施。 介護ロボット等の活用、ICT利活用等を含めた業務効率化・生産性向上に係るガイドラインを普及させ、好事例を横展開。 介護業務に関するタイムスタディ調査を実施し、次期報酬改定の中で必要な見直しを検討。 医療サービスの効率的な提供に向け、ロボット、AI、ICT等の活用方策について検討を進め、必要な措置を講じていく。 2019年度に得た一定の結論を踏まえ、引き続きICTを活用した医療・介護連携について検討。 介護事業所の生産性を向上するため、ICT導入支援事業により標準仕様に基づくシステムの導入を支援するなど、ICTを活用した情報連携を推進する。 2019年度中に保育業務に関するタイムスタディ調査を実施し、2020年度までに保育所でのICTの利活用について検討する。 ≪厚生労働省≫	タイムスタディ調査の結果等を踏まえ、必要な措置を講じる。		○介護ロボットの開発・実証・普及のプラットフォームを活用した実証件数【2020年度以降増加】 ○地域医療介護総合確保基金等によるロボット・センサーの導入支援件数【2020年度までに3,000件(延べ件数)】 ○介護ロボット等の活用、ICT利活用等を含めた業務効率化・生産性向上に係るガイドラインを活用する事業所数【2019年度実績から増加】 ○地域医療介護総合確保基金によるICT導入支援事業を実施する都道府県数【2020年度までに全都道府県】	○介護労働者の平均労働時間・残業時間数【2020年度末までに縮減】 ○介護老人福祉施設等における介護・看護職員等の配置に係る人員ベースでの効率化【2020年度までに改善】

	取組事項	実施年度			K P I	
		2020年度	2021年度	2022年度	第1階層	第2階層
医療・福祉サービス改革	40 クリニカル・イノベーション・ネットワークとPMDAの医療情報データベース（MID-NET）の連携 データヘルス改革を推進し、被保険者番号の個人単位化とオンライン資格確認の導入、「保健医療データプラットフォーム」の2020年度の本格運用開始、クリニカル・イノベーション・ネットワークとMID-NETの連携、AIの実装に向けた取組の推進、栄養状態を含む高齢者の状態やケアの内容等のデータを収集・分析するデータベースの構築、AIも活用した科学的なケアプランの実用化に向けた取組の推進などの科学的介護の推進等を行う。	臨床研究中核病院の医療情報を継続的に品質管理・標準化する体制を構築し、リアルワールドデータを研究等に活用。 ≪厚生労働省≫	→		○医療情報の品質管理・標準化について、MID-NETの経験を含む研修を受けた医療機関数 【2020年度末までに8機関】	○2019年度末までに研修を受けた全医療機関が、医療情報の品質管理・標準化を実施し、当該情報を利用した研究に着手 【2020年度末までに4機関】
	41 オンラインでの服薬指導を含めた医療の充実 オンラインでの服薬指導を含めた医療の充実を進める。オンライン診療について、現場の状況等を踏まえ、診療報酬における対応について検討するとともに、オンライン服薬指導についての実施の際の適切なルールを検討する。	<オンライン診療> オンライン診療料の普及状況、オンライン診療の適切な実施に関する指針の改訂、医療の質に係るエビデンス等を踏まえ、オンライン診療の実施方法や対象疾患等の要件について、2020年度診療報酬改定において必要な見直しを実施。 <オンライン服薬指導> 改正医薬品医療機器等法に基づくオンラインでの服薬指導を実施する際の適切なルールについて検討を進め、速やかな施行が可能となるよう検討を行う。（改正法公布後1年以内の施行） ≪厚生労働省≫	<オンライン診療> 引き続き、診療報酬における評価を検討する。 <オンライン服薬指導> 検討結果に基づき、必要な措置。		—	—

	取組事項	実施年度			K P I	
		2020年度	2021年度	2022年度	第1階層	第2階層
医療・福祉サービス改革	42 卒前・卒後の一貫した医師養成課程の整備 診療能力向上のための卒前・卒後の一貫した医師養成過程を整備するとともに、総合診療医の養成を促進する。	<ul style="list-style-type: none"> ・全国の大学で臨床実習後の技能・態度を評価する「Post CC OSCE (※1)」の正式実施。 ※1 Objective Structured Clinical Examination (客観的臨床能力試験) ・マルチメディアCBT (※2) 導入試験実施。 ※2 Computer Based Testing (コンピューターを活用した知識の評価) ・卒前教育と統一した到達目標に基づく制度見直し後の臨床研修の研修開始。 <<厚生労働省>>	卒前卒後の一貫した評価システム (EPOC等) 導入。		○見直し後の一貫した到達目標に基づいた臨床研修プログラム数【2020年度までに1,000件】 ○一貫した評価システムで評価を行った臨床研修医数【2022年度までに800人】	○見直し後の臨床研修の実施を踏まえた基本的診療能力について、自信を持ってできる又はできると答えた研修医の割合【2022年度までに研修修了者の70%】(臨床研修後のアンケート調査により把握)
	43 総合診療医の養成の促進 診療能力向上のための卒前・卒後の一貫した医師養成過程を整備するとともに、総合診療医の養成を促進する。	総合診療専門研修の拡充。 <<厚生労働省>>			○総合診療専門研修プログラム数 ○総合診療専門研修を希望する若手医師数 ⇒研究結果に基づいて指標を設定する予定	○総合診療専門研修を受けた専攻医数 【厚生労働科学研究において2019年度中を目標に将来の各診療科の必要医師数を算出することとしており、その後研究結果を踏まえて指標を設定】

	取組事項	実施年度			K P I	
		2020年度	2021年度	2022年度	第1階層	第2階層
医療・福祉サービス改革	44 事業所マネジメントの改革等を推進	<p>医師の働き方改革に関する検討会等におけるタスクシフティング等に関する検討結果に基づき、患者等の理解や負担にも配慮しつつ必要な措置。</p> <p>2019年度の検討結果に基づき、多様な人材の活用を推進するために必要な取組を実施。</p> <p>介護ロボット等の活用、ICT利活用等を含めた業務効率化・生産性向上に係るガイドラインを普及させ、好事例を横展開。</p> <p>看護業務の効率化推進について、前年度選定された先進的取組を他施設にて試行し、そのプロセス・成果を公表することで、業務効率化を推進。</p> <p>特定行為研修制度の推進。</p> <p>2019年度中に保育業務に関するタイムスタディ調査を実施し、2020年度までに保育所でのICTの利活用について検討する。</p> <p>《厚生労働省》</p>	<p>成果について、人員・設備基準の見直しや介護報酬改定に関する議論の際に活用。</p>		<p>○看護業務の効率化に資する先進的事例を元に試行された取組事例数【2020年度までに2019年度に加えて10例】</p> <p>○看護業務の効率化に資する先進的取組の公表事例数【2020年度までに15例】</p> <p>○特定行為研修の指定研修機関数【2020年度までに150機関】</p> <p>○介護ロボット等の活用、ICT利活用等を含めた業務効率化・生産性向上に係るガイドラインを活用する事業所数【2019年度実績から増加】</p>	<p>○看護業務の効率化に資する先進的事例を元に試行された取組事例数【2020年度までに2019年度に加えて10例】</p> <p>○特定行為研修を修了し、医療機関で就業している看護師の数【2020年度までに3,000人】</p> <p>○介護分野における書類の削減【2020年代初頭までに半減】</p> <p>○介護労働者の平均労働時間・残業時間数【2020年度末までに縮減】</p> <p>○介護老人福祉施設等における介護・看護職員等の配置に係る人員ベースでの効率化【2020年度までに改善】</p>
	<p>i 従事者の役割分担の見直しと効率的な配置</p> <p>従事者の業務分担の見直し・効率的な配置、介護助手・保育補助者など多様な人材の活用、事業所マネジメントの改革等を推進する。</p>					

	取組事項	実施年度			K P I	
		2020年度	2021年度	2022年度	第1階層	第2階層
医療・福祉サービス改革	<p>ii 介護助手・保育補助者など多様な人材の活用</p> <p>従事者の業務分担の見直し・効率的な配置、介護助手・保育補助者など多様な人材の活用、事業所マネジメントの改革等を推進する。</p>	<p>2019年度の検討結果に基づき、多様な人材の活用を推進するために必要な取組を実施。</p> <p>《厚生労働省》</p>			<p>○地域医療介護総合確保基金による介護人材の資質向上のための都道府県の取組の実施都道府県数【毎年度47都道府県】</p> <p>○「介護に関する入門的研修」の延べ実施回数【2021年度までに2018年度と比べて15%増加】</p> <p>○保育補助者雇上強化事業を利用した市町村数【2021年度までに300市町村】</p>	<p>○「介護に関する入門的研修」の実施からマッチングまでの一体的支援事業により介護施設等とマッチングした者の数【2021年度までに2018年度と比べて15%増加】</p> <p>○保育補助者雇上強化事業により雇い上げられた人数【2021年度までに3,000人】</p>

	取組事項	実施年度			K P I	
		2020年度	2021年度	2022年度	第1階層	第2階層
医療・福祉サービス改革	iii 事業所マネジメントの改革等を推進 従事者の業務分担の見直し・効率的な配置、介護助手・保育補助者など多様な人材の活用、事業所マネジメントの改革等を推進する。	医師の働き方改革に関する検討会等におけるタスクシフティング等に関する検討結果に基づき、患者等の理解や負担にも配慮しつつ必要な措置。 病院長に対する労務管理に関するマネジメント研修の実施等を通じて、医療機関における労務管理を担う人材を育成。 介護分野における生産性向上ガイドラインを普及させ、好事例を横展開。 介護分野の文書に係る負担軽減に関する専門委員会の中間取りまとめを踏まえ、ウェブ入力・電子申請、データの共有化・文書保管の電子化等について方針を得る。 また、保険者機能強化推進交付金の活用等を通じ、自治体における書類削減の取組を推進する。 ≪厚生労働省≫	成果について、人員・設備基準等の見直しに関する議論の際に活用。 検討結果に応じた対応（システム改修等）		○病院長に対する労務管理に関するマネジメント研修の受講者数【2020年度までに1,500人】 ○職員のキャリアアップや職場環境等の改善に取り組む介護事業所の割合【2020年度末までに75%】 ○介護分野における生産性向上ガイドライン活用事業所数【2019年実績から増加】	○アンケート調査において医療従事者の勤務環境改善に「職種を問わず」または「一部職種で」取り組んでいると回答した病院の割合【2020年度までに85%】 ○介護分野における書類の削減【2020年代初頭までに半減】 ○介護労働者の平均労働時間・残業時間数【2020年度末までに縮減】 ○介護老人福祉施設等における介護・看護職員等の配置に係る人員ベースでの効率化【2020年度までに改善】
	iv 介護の経営の大規模化・協働化 介護の経営の大規模化・協働化により人材や資源を有効に活用する。	事業者の経営の大規模化・協働化等の取組状況を把握し、経営の大規模化・協働化を推進するための施策について、介護サービスの種類や地域性、経営の効率性等を考慮しつつ、検討。 2018年度に実施する調査研究をもとに効率的な体制構築方策をガイドラインとして取りまとめ、横展開。 社会福祉法人の事業の協働化・大規模化の促進方策等について、有識者による検討会での結論を踏まえ、社会福祉連携推進法人（仮称）について、必要な措置を講じる。 ≪厚生労働省≫	検討結果に基づき、第8期介護保険事業計画期間に向けて、介護サービスの種類や地域性、経営の効率性等を考慮しつつ、必要な措置を講ずる。		○効率的な体制構築に関する先進的取組の事例数【2020年度までに10例以上】	○1社会福祉法人当たりの介護サービスの事業数【2020年度末までに増加】 ○社会福祉法人数及び1社会福祉法人当たりの職員数（常勤換算数）【見える化】

	取組事項	実施年度			K P I	
		2020年度	2021年度	2022年度	第1階層	第2階層
医療・福祉サービス改革	45 国保の普通調整交付金について見直しを検討 普通調整交付金について、所得調整機能を維持しながら、医療費適正化のインセンティブを効かせる観点から、地域差に関する調整・配分の在り方の検証を進め、都道府県が国民健康保険の財政運営の責任主体となる新制度の円滑な運営に配慮しつつ、速やかに関係者間で見直しを検討する。	骨太2020の取りまとめに向けて、普通調整交付金の配分について、所得調整機能の観点や、加入者の性・年齢で調整した標準的な医療費を基準とする観点から、引き続き地方団体等と議論を継続。 《厚生労働省》			—	—
	46 科学的介護の推進（栄養改善を含め、自立支援・重度化防止等に向けた介護の普及） 科学的介護を推進し、栄養改善を含め自立支援・重度化防止等に向けた介護の普及等を推進する。	新たに構築したデータベース（CHASE）を含む介護関連データベースを活用し、自立支援・重度化防止等に資する介護の普及に向けたデータの収集・分析を実施。 《厚生労働省》	データベースについて、次期以降の介護報酬改定等に活用。		—	—
	47 ケアマネジメントの質の向上 i A Iも活用した科学的なケアプランの実用化 自立支援・重度化防止等に資するA Iも活用した科学的なケアプランの実用化に向けた取組を推進するとともに、ケアマネジャーの質の向上の観点から、その業務の在り方を検討する。	自立支援・重度化防止等に資するA Iも活用した科学的なケアプランの実用化に向けた取組について検討し、その結果に基づき必要な措置を講ずる。 《厚生労働省》			—	—
	ii ケアマネジャーの業務の在り方の検討 自立支援・重度化防止等に資するA Iも活用した科学的なケアプランの実用化に向けた取組を推進するとともに、ケアマネジャーの質の向上の観点から、その業務の在り方を検討する。	社会保障審議会介護保険部会における検討を踏まえ、必要な措置を講ずる。 《厚生労働省》			—	—

	取組事項	実施年度			K P I	
		2020年度	2021年度	2022年度	第1階層	第2階層
医療・福祉サービス改革	48 医薬品・医療機器等の開発の促進に資する薬事規制の体制の整備・合理化 AIを活用した医療機器の開発や、医薬品等の開発の促進に資する薬事規制の体制の整備・合理化を行う。	改正医薬品医療機器等法に基づく ①医療機器の特性やAI等による技術革新等に適切に対応する医療機器の承認制度の導入 ②「先駆け審査指定制度」や「条件付き早期承認制度」の法制化の施行に向け、政省令の整備等に着実に取り組む。（改正法公布後1年以内の施行） <<厚生労働省>>			—	—
	49 バイオ医薬品の研究開発の推進等 バイオ医薬品の研究開発の推進を図るとともに、バイオシミラーについては、「経済財政運営と改革の基本方針2017」を踏まえ、有効性・安全性等への理解を得ながら研究開発・普及を推進するなど医薬品産業の国際競争力強化に向けた取組を着実に推進する。	バイオ医薬品のデザイン技術開発等に関する研究を推進。 国内に不足しているバイオ医薬品の製造・開発技術を担う人材育成を実施。 <<厚生労働省>>				
	50 バイオシミラーの研究開発・普及の推進等 バイオ医薬品の研究開発の推進を図るとともに、バイオシミラーについては、「経済財政運営と改革の基本方針2017」を踏まえ、有効性・安全性等への理解を得ながら研究開発・普及を推進するなど医薬品産業の国際競争力強化に向けた取組を着実に推進する。	バイオシミラーの医療費適正化効果額・金額シェアを公表。 バイオシミラーの有効性、安全性、品質等に関する講習会の開催。 バイオシミラーの研究開発の推進。 <<厚生労働省>>			○バイオシミラーに関する講習会の開催数【年10回以上】	○バイオシミラーの品目数（成分数ベース）【2020年度末までに品目数を2017年7月時点からの倍増（10成分）】

	取組事項	実施年度			K P I	
		2020年度	2021年度	2022年度	第1階層	第2階層
医療・福祉サービス改革	51 薬価制度抜本改革の更なる推進 i 医薬品等の費用対効果の本格実施に向けた検討 イノベーションの推進を図ること等により、医薬品産業を高い創薬力を持つ産業構造に転換するとともに、「薬価制度の抜本改革に向けた基本方針」に基づき、国民負担の軽減と医療の質の向上に取り組む。こうした観点から、前回の薬価改定で引き続き検討することとされた課題（※）等について結論を得、着実に改革を推進する。 ※ 医薬品等の費用対効果評価における迅速で効率的な実施に向けた見直しや、その体制等を踏まえた実施範囲・規模の拡大、新薬創出等加算対象品目を比較薬とする場合の薬価算定の見直し、効能追加等による革新性・有用性の評価の是非、長期収載品の段階的な価格引き下げ開始までの期間の在り方、2021年度における薬価改定の具体的な対象範囲の2020年中の設定。	2019年4月からの本格実施の実績を踏まえ、実施範囲・規模の拡大のための所要の措置を講ずる。 <厚生労働省>			—	—
	ii 2019年度、2020年度に全品目の薬価改定を行うとともに、2020年度中に2021年度における薬価改定の対象範囲について決定 イノベーションの推進を図ること等により、医薬品産業を高い創薬力を持つ産業構造に転換するとともに、「薬価制度の抜本改革に向けた基本方針」に基づき、国民負担の軽減と医療の質の向上に取り組む。こうした観点から、前回の薬価改定で引き続き検討することとされた課題（※）等について結論を得、着実に改革を推進する。 ※ 医薬品等の費用対効果評価における迅速で効率的な実施に向けた見直しや、その体制等を踏まえた実施範囲・規模の拡大、新薬創出等加算対象品目を比較薬とする場合の薬価算定の見直し、効能追加等による革新性・有用性の評価の是非、長期収載品の段階的な価格引き下げ開始までの期間の在り方、2021年度における薬価改定の具体的な対象範囲の2020年中の設定。	2018年度から2020年度までの市場実勢価格の推移、薬価差の状況、医薬品卸・医療機関・薬局等の経営への影響等を把握した上で、2021年度における薬価改定の対象範囲について2020年中にこれらを総合的に勘案して、具体的な範囲を設定する。 <厚生労働省>	最初の毎年薬価改定の実施。		—	—

	取組事項	実施年度			K P I		
		2020年度	2021年度	2022年度	第1階層	第2階層	
医療・福祉サービス改革	<p>iii 2020年度の薬価改定に向けた、新薬創出等加算対象品目を比較薬とする場合の薬価算定の見直し、効能追加等による革新性・有用性の評価、長期収載品の段階的な価格引下げまでの期間の在り方等について、所要の措置を検討</p> <p>イノベーションの推進を図ること等により、医薬品産業を高い創薬力を持つ産業構造に転換するとともに、「薬価制度の抜本改革に向けた基本方針」に基づき、国民負担の軽減と医療の質の向上に取り組む。こうした観点から、前回の薬価改定で引き続き検討することとされた課題（※）等について結論を得、着実に改革を推進する。</p> <p>※ 医薬品等の費用対効果評価における迅速で効率的な実施に向けた見直しや、その体制等を踏まえた実施範囲・規模の拡大、新薬創出等加算対象品目を比較薬とする場合の薬価算定の見直し、効能追加等による革新性・有用性の評価の是非、長期収載品の段階的な価格引き下げ開始までの期間の在り方、2021年度における薬価改定の具体的な対象範囲の2020年中の設定。</p>	<p>新薬創出等加算の対象外である品目に関し、同加算の対象品目を比較薬とした薬価算定における比較薬の新薬創出等加算の累積額を控除する取扱いについて検討を行い、その結果に基づき、所要の措置を講ずる。</p> <p>長期収載品に関し、イノベーションを推進するとともに医薬品産業を高い創薬力を持つ産業構造に転換する観点から、段階的な価格引下げ開始までの期間の在り方について検討を行い、その結果に基づき、所要の措置を講ずる。</p> <p>イノベーションの評価に関し、効能追加等による革新性・有用性の評価の是非について検討を行い、その結果に基づき、必要な措置を講ずる。</p> <p>《厚生労働省》</p>				—	—
	<p>52 調剤報酬の在り方について検討</p> <p>調剤報酬について、2018年度診療報酬改定の影響の検証やかかりつけ機能の在り方の検討等を行いつつ、地域におけるかかりつけ機能に応じた適切な評価や、対物業務から対人業務への構造的な転換の推進やこれに伴う所要の適正化等、2020年度診療報酬改定に向け検討する。その際、医療機関及び薬局における調剤の実態や報酬体系を踏まえ、調剤料などの技術料について、2018年度診療報酬改定の影響や薬剤師の業務の実態も含めた当該技術料の意義の検証を行いつつ適正な評価に向けた検討を行う。</p>	<p>地域におけるかかりつけ機能に応じた適切な評価を進めるとともに、調剤料などの技術料を含めた対物業務から対人業務への構造的な転換を推進するための所要の評価の重点化と適正化を行う観点から、2020年度診療報酬改定において見直しを実施。</p> <p>《厚生労働省》</p>				—	—

	取組事項	実施年度			K P I	
		2020年度	2021年度	2022年度	第1階層	第2階層
医療・福祉サービス改革	53 適正な処方のある在り方について検討 i 高齢者への多剤投与対策の検討 診療報酬等について、高齢者への多剤投与対策、生活習慣病治療薬の費用面も含めた適正な処方の在り方については引き続き検討を進める。	医師・院内薬剤師と薬局薬剤師の協働の取組による医薬品の適正使用の評価等、2020年度診療報酬改定において多剤投与の適正化を推進。 高齢者医薬品適正使用検討会において作成された指針の周知活動を行うとともに、臨床現場におけるポリファーマシー対策の分析調査等を進める。 ≪厚生労働省≫			—	—
	ii 生活習慣病治療薬について費用面も含めた処方の在り方の検討 診療報酬等について、高齢者への多剤投与対策、生活習慣病治療薬の費用面も含めた適正な処方の在り方については引き続き検討を進める。	生活習慣病治療薬の費用面も含めた適正な処方の在り方について、2020年度診療報酬改定において、必要な見直しを実施。 ≪厚生労働省≫			—	—

	取組事項	実施年度			K P I		
		2020年度	2021年度	2022年度	第1階層	第2階層	
医療・福祉サービス改革	<p>54 後発医薬品の使用促進</p> <p>後発医薬品の使用促進について、安定供給や品質の更なる信頼性確保を図りつつ、2020年9月までの後発医薬品使用割合80%の実現に向け、インセンティブ強化も含めて引き続き取り組む。</p>	<p>普及啓発の推進や医療関係者への情報提供等による環境整備に関する事業を実施。</p> <p>保険者協議会や後発医薬品使用促進の協議会を活用するなどの現場の取組を促す。</p> <p>保険者インセンティブの活用や、保険者ごとの使用割合の公表等により、医療保険者の使用促進の取組を引き続き推進。</p> <p>後発医薬品の使用を推進する観点から、2020年度診療報酬改定において後発医薬品使用体制加算や後発医薬品調剤体制加算に係る基準の見直しなど所要の見直しを実施。</p> <p>信頼性向上のため、市場で流通する製品の品質確認検査を行い、その結果について、医療用医薬品最新品質情報集（ブルーブック）に順次追加して公表。</p> <p>後発医薬品利用差額通知の送付など、後発医薬品の使用促進を図るための取組支援。</p> <p>改正生活保護法（平成30年10月施行）に基づく生活保護受給者の後発医薬品の使用原則化について、施行後の使用割合も踏まえつつ、引き続き地方自治体において確実に取組むよう促す。</p> <p>後発医薬品の使用が進んでいない地域等の要因をきめ細かく分析し、その要因に即した対応を検討し、実施。</p> <p>「2020年9月までに後発医薬品使用割合を80%以上」の目標達成後の新たな目標について、これまでに分かってきた課題も踏まえつつ、その内容について検討。</p> <p>《厚生労働省》</p>				<p>○後発医薬品の品質確認検査の実施【年間約900品目】</p>	<p>○後発医薬品の使用割合【2020年9月80%以上】</p>

	取組事項	実施年度			K P I		
		2020年度	2021年度	2022年度	第1階層	第2階層	
医療・福祉サービス改革	55 医療技術評価の在り方について調査・研究・検討を推進するとともに、そのための人材育成・データ集積・分析を推進	医療技術評価の在り方について調査・研究・検討を推進するとともに、そのための人材育成・データ集積・分析を推進する。	2019年度から本格実施された費用対効果評価を効果的・効率的に実施することができるよう、諸外国の先進的な事例を研究・活用するとともに、必要な人材の育成を推進する。 《厚生労働省》			—	—
	56 かかりつけ医、かかりつけ歯科医、かかりつけ薬剤師の普及	病院・診療所の機能分化・機能連携等を推進しつつ、かかりつけ機能の在り方を踏まえながら、かかりつけ医、かかりつけ歯科医、かかりつけ薬剤師の普及を進めるとともに、外来受診時等の定額負担導入を検討する。	病院・診療所の機能分化・機能連携等を推進しつつ、かかりつけ機能の在り方を踏まえながら、かかりつけ医、かかりつけ歯科医、かかりつけ薬剤師の普及を進める。 《厚生労働省》			○「患者のための薬局ビジョン」において示すかかりつけ薬剤師としての役割を發揮できる薬剤師を配置している薬局数【2022年度までに60%】 ○各都道府県の、一人の患者が同一期間に3つ以上の医療機関から同じ成分の処方を受けている件数【見える化】 ○調剤報酬における在宅患者訪問薬剤管理指導料、介護報酬における居宅療養管理指導費、介護予防居宅療養管理指導費の算定件数【2021年度までに2017年度と比べて40%増加】	○大病院受診者のうち紹介状なしで受診したものの割合【2020年度までに400床以上の病院で40%以下】 ○重複投薬・相互作用等防止に係る調剤報酬の算定件数【2021年度までに2017年度と比べて20%増加】 ○地域包括ケアシステムにおいて過去1年間に平均月1回以上医師等と連携して在宅業務を実施している薬局数【2022年度までに60%】

2-4 給付と負担の見直し

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

	取組事項	実施年度			K P I	
		2020年度	2021年度	2022年度	第1階層	第2階層
給付と負担の見直し	57 高齢者医療制度や介護制度において、所得のみならず資産の保有状況を適切に評価しつつ、「能力」に応じた負担の検討 高齢者医療制度や介護制度において、所得のみならず資産の保有状況を適切に評価しつつ、「能力」に応じた負担を求めるところを検討する。	マイナンバーの導入等の金融資産の把握に向けた取組を踏まえつつ、医療保険・介護保険制度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、骨太の方針2020に向けて関係審議会等において検討。 介護の補足給付については、2019年度の関係審議会における議論を踏まえ対応。 <<厚生労働省>>			—	—
	58 団塊世代が後期高齢者入りするまでに、後期高齢者の窓口負担について検討 団塊世代が後期高齢者入りするまでに、世代間の公平性や制度の持続性確保の観点から、後期高齢者の窓口負担の在り方について検討する。	全世代型社会保障検討会議の中間報告において示された方向性に基づき最終報告に向けて検討を進め、遅くとも2022年度初までに改革を実施できるよう、2020年夏までに成案を得て、速やかに必要な法制上の措置を講ずる。 <<厚生労働省>>			—	—
	59 薬剤自己負担の引上げについて幅広い観点から関係審議会において検討し、その結果に基づき必要な措置を講ずる 薬剤自己負担の引上げについて、市販品と医療用医薬品との間の価格のバランス、医薬品の適正使用の促進等の観点を踏まえつつ、対象範囲を含め幅広い観点から、引き続き関係審議会において検討し、その結果に基づき必要な措置を講ずる。	薬剤自己負担の引上げについて、諸外国の薬剤自己負担の仕組み（薬剤の種類に応じた保険償還率や一定額までの全額自己負担など）も参考としつつ、市販品と医療用医薬品との間の価格のバランス等の観点から、骨太2020に向けて引き続き関係審議会において検討し、その結果に基づき必要な措置を講ずる。 <<厚生労働省>>			—	—

	取組事項	実施年度			K P I	
		2020年度	2021年度	2022年度	第1階層	第2階層
給付と負担の見直し	60 外来受診時等の定額負担の導入を検討 病院・診療所の機能分化・機能連携等を推進しつつ、かかりつけ機能の在り方を踏まえながら、かかりつけ医・かかりつけ歯科医・かかりつけ薬剤師の普及を進めるとともに、外来受診時等の定額負担導入を検討する。	全世代型社会保障検討会議の中間報告において示された方向性に基づき最終報告に向けて検討を進め、遅くとも2022年度初までに改革を実施できるよう、2020年夏までに成案を得て、速やかに必要な法制上の措置を講ずる。 ≪厚生労働省≫			—	—
	61 医療費について保険給付率（保険料・公費負担）と患者負担率のバランス等を定期的に見える化しつつ、診療報酬とともに保険料・公費負担、患者負担について総合的な対応を検討 支え手の中核を担う勤労世代が減少しその負担能力が低下する中で、改革に関する国民的理解を形成する観点から保険給付率（保険料・公費負担）と患者負担率のバランス等を定期的に見える化しつつ、診療報酬とともに保険料・公費負担、患者負担について総合的な対応を検討する。	支え手の中核を担う勤労世代が減少しその負担能力が低下する中で、改革に関する国民的理解を形成する観点から保険給付率（保険料・公費負担）と患者負担率のバランス等を定期的に見える化しつつ、診療報酬とともに保険料・公費負担、患者負担について、骨太の方針2020に向けて関係審議会等において総合的な対応を検討。 ≪厚生労働省≫			—	—
	62 介護のケアプラン作成に関する給付の在り方について検討 介護のケアプラン作成について、給付の在り方を検討する。	2019年度の関係審議会における議論を踏まえ対応。 ≪厚生労働省≫			—	—

	取組事項	実施年度			K P I	
		2020年度	2021年度	2022年度	第1階層	第2階層
給付と負担の見直し	63 介護の多床室室料に関する給付の在り方について検討 多床室室料について、給付の在り方を検討する。	2019年度の関係審議会における議論を踏まえ対応。 <<厚生労働省>>			—	—
	64 介護の軽度者への生活援助サービス等に関する給付の在り方について検討 介護の軽度者への生活援助サービス等について、給付の在り方を検討する。	2019年度の関係審議会における議論を踏まえ対応。 <<厚生労働省>>			—	—
	65 医療・介護における「現役並み所得」の判断基準の見直しを検討 年金受給者の就労が増加する中、医療・介護における「現役並み所得」の判断基準を現役との均衡の観点から見直しを検討する。	年金受給者の就労が増加する中、税制において行われた諸控除の見直しも踏まえつつ、医療・介護における「現役並み所得」の判断基準の見直しについて、現役との均衡の観点から、骨太の方針2020に向けて関係審議会等において検討。 <<厚生労働省>>			—	—
	66 新規医薬品や医療技術の保険収載等に際して、費用対効果や財政影響などの経済性評価や保険外併用療養の活用などを検討 新規医薬品や医療技術の保険収載等に際して、費用対効果や財政影響などの経済性評価や保険外併用療養の活用などを検討する。	医薬品や医療技術の保険収載の判断等に当たり費用対効果や財政影響などの経済性評価を活用し、保険対象外の医薬品等に係る保険外併用療養を柔軟に活用・拡大することについて、骨太の方針2020に向けて関係審議会等において検討。 <<厚生労働省>>			—	—

2-5 再生計画の改革工程表の全44項目の着実な推進

※再生計画の改革工程表の全44項目については、「経済財政運営と改革の基本方針2020」において取りまとめられることとなる、給付と負担のあり方を含めた社会保障の総合的かつ重点的に取り組むべき政策等を踏まえ、改革工程表を整理する。

	取組事項/措置内容	実施年度			K P I	
		2020年度	2021年度	2022年度	第1階層	第2階層
再生計画の改革工程表の全44項目の着実な推進	① 都道府県ごとの地域医療構想の策定による、医療の「見える化」を踏まえた病床の機能分化・連携の推進（療養病床に係る地域差の是正） 【再掲】（⇒29 i、ii）				—	—
	② 慢性期の医療・介護ニーズに対応するサービス提供体制に係る制度上の見直しの検討 【再掲】（⇒29 i）				—	—
	③ 医療・介護を通じた居住に係る費用負担の公平化の検討 入院時の光熱水費相当額に係る患者負担の見直しを2017年10月から段階的に実施。				—	—
	④ 地域医療構想との整合性の確保や地域間偏在の是正などの観点を踏まえた医師・看護職員等の需給について検討 【再掲】（⇒31）				—	—
	⑤ 外来医療費について、データに基づき地域差を分析し、重複受診・重複投与・重複検査等の適正化を行いつつ地域差を是正 【再掲】（⇒33 i）				—	—
	⑥ 地域医療構想と整合的な形で、都道府県ごとに医療費の水準や医療の提供に関する目標を設定する医療費適正化計画を策定。国が27年度中に標準的な算定方式を示す（都道府県別の医療費の差の半減を目指す） 【再掲】（⇒33 i）				—	—

	取組事項/措置内容	実施年度			K P I	
		2020年度	2021年度	2022年度	第1階層	第2階層
再生計画の改革工程表の全44項目の着実な推進	⑦ 在宅や介護施設等における看取りも含めて対応できる地域包括ケアシステムを構築	<p>第7期介護保険事業（支援）計画（2018～2020年度）に基づき、推進。</p> <p>第7次医療計画（2018～2023年度）に基づき、推進。</p> <p>《厚生労働省》</p>	<p>第8期介護保険事業（支援）計画（2021～2023年度）に基づき、推進。</p>	<p>2023年度まで</p> <p>2023年度まで</p>	<p>○地域包括ケアシステム構築のために必要な介護インフラに係る第7期介護保険事業計画のサービスの見込み量に対する進捗状況（小規模多機能型居宅介護、看護小規模多機能型居宅介護、定期巡回・随時対応型訪問介護看護）【2020年度までに100%】</p> <p>○在宅患者訪問診療件数【2017年医療施設調査からの増加】○在宅医療・介護連携推進事業、認知症総合支援事業、生活支援体制整備事業の実施保険者【2019年度末までに100%】</p>	<p>○在宅サービスのサービス量進捗状況【2020年度までに100%】</p>
	⑧ 人生の最終段階における医療の在り方を検討	<p>【再掲】（⇒26）</p>			—	—
	⑨ かかりつけ医の普及の観点からの診療報酬上の対応や外来時の定額負担について検討	<p>【再掲】（⇒56）</p>			—	—
	⑩ 看護を含む医療関係職種の質評価・質向上や役割分担の見直しを検討	<p>特定行為研修制度を着実に実施するとともに、地域医療介護総合確保基金に基づく新人看護職員研修をはじめとする研修を推進。</p> <p>《厚生労働省》</p>			—	—

	取組事項/措置内容	実施年度			K P I	
		2020年度	2021年度	2022年度	第1階層	第2階層
再生計画の改革工程表の全44項目の着実な推進	⑪ 都道府県が行う病床再編や地域差是正の努力を支援するための取組					
	i 改革に取り組む都道府県を重点的に支援する観点からの地域医療介護総合確保基金の平成27年度からのメリハリある配分	地域医療介護総合確保基金の活用状況の検証結果を踏まえ、病床のダウンサイジング支援の追加的方策について検討し、その結果に基づき所要の措置を講じる。 《厚生労働省》			—	—
	ii 医療費適正化計画の進捗状況等を踏まえた高確法第14条の診療報酬の特例の活用の在り方の検討				—	—
	【再掲】 (⇒33 iii)				—	—
iii 機能に応じた病床の点数・算定要件上の適切な評価、収益状況を踏まえた適切な評価など平成28年度診療報酬改定及び平成30年度診療報酬・介護報酬同時改定における対応	2016年度診療報酬改定において、一般病棟に係る「重症度、医療・看護必要度」を見直し。 2018年度診療報酬改定において、入院医療評価体系について、基本的な医療の評価部分と診療実績に応じた段階的な評価部分を組み合わせた評価体系に再編・統合。				—	—
iv 都道府県の体制・権限の整備の検討						
【再掲】 (⇒29 i)				—	—	
⑫ 全ての国民が自ら生活習慣病を中心とした疾病の予防、重症化予防、介護予防、後発医薬品の使用や適切な受療行動をとること等を目指し、特定健診等の受診率向上に取り組みつつ、個人や保険者の取組を促すインセンティブのある仕組みを構築						
【再掲】 (⇒2、5、6、7)				—	—	
⑬ 国民健康保険において、保険者努力支援制度の趣旨を現行制度に前倒しで反映						
国民健康保険の保険者努力支援制度を2018年度より本格実施。				—	—	

	取組事項/措置内容	実施年度			K P I	
		2020年度	2021年度	2022年度	第1階層	第2階層
再生計画の改革工程表の全44項目の着実な推進	⑭ 保険者における医療費適正化に向けた取組に対する一層のインセンティブ強化に係る制度設計					
	i 2018年度までに国民健康保険の保険者努力支援制度のメリハリの効いた運用方法の確立 【再掲】 (⇒19)				—	—
	ii 国民健康保険料に対する医療費の地域差の一層の反映 【再掲】 (⇒45)				—	—
	iii 健康保険組合等の後期高齢者支援金の加算・減算制度の運用面での強化 健康保険組合等の後期高齢者支援金における新たな指標の達成状況に応じた傾斜配分を、2018年度より実施。				—	—
	iv 医療保険の審査支払機関の事務費・業務の在り方 【再掲】 (⇒39 iii)				—	—
	⑮ ヘルスケアポイント付与や保険料への支援になる仕組み等の個人に対するインセンティブ付与による健康づくりや適切な受診行動等の更なる促進 【再掲】 (⇒6)				—	—
	⑯ セルフメディケーションの推進 【再掲】 (⇒15)				—	—

	取組事項/措置内容	実施年度			K P I	
		2020年度	2021年度	2022年度	第1階層	第2階層
再生計画の改革工程表の全44項目の着実な推進	⑰ 要介護認定率や一人当たり介護費の地域差を分析し、保険者である市町村による給付費の適正化に向けた取組を一層促す観点からの、制度的な対応も含めて検討 【再掲】（⇒33 i、35、36）				—	—
	⑱ 高齢者のフレイル対策の推進 【再掲】（⇒7、8）				—	—
	⑲ 「がん対策加速化プラン」を年内めどに策定し、がん対策の取組を一層推進 【再掲】（⇒4 i、ii）				—	—
	⑳ 民間事業者も活用した保険者によるデータヘルスの取組について、健康経営の取組との連携も図りつつ、好事例を強力に全国展開 【再掲】（⇒17、18）				—	—

	取組事項/措置内容	実施年度			K P I	
		2020年度	2021年度	2022年度	第1階層	第2階層
再生計画の改革工程表の全44項目の着実な推進	② 医療関係職種の活躍促進、民間事業者による地域包括ケアを支える生活関連サービスの供給促進等					
	i 障壁となっている規制がないか検証し必要な対応を検討・実施 関係者のニーズ等に基づきグレーゾーン解消制度の活用を含め柔軟に対応。 ≪厚生労働省≫				○好事例(の要素)を反映したデータヘルスの取組を行う保険者【100%】 ○データヘルスに対応する健診機関(民間事業者も含む)を活用する保険者【データヘルス計画策定の保険者において100%】	
	ii 事業運営の効率化等に関する民間事業者の知見や資金の活用を促進 「地域包括ケアシステム構築に向けた公的介護保険外サービスの参考事例集」に加え、「地方自治体における地域包括ケアシステム構築に向けた『保険外サービス』の活用に関するポイント集・事例集」を活用し、保険外サービスの活用について周知を推進。 介護サービス情報公表システムの活用等により、ケアマネジャーや高齢者等に対し情報提供を推進する取組を支援。 ≪厚生労働省≫				○健康維持率、生活習慣病の重症疾患の発症率、服薬管理率等の加入者の特性に応じた指標によりデータヘルスの進捗管理を行う保険者【データヘルス計画策定の保険者において100%】 ○健康保険組合等保険者と連携して健康経営に取り組む企業数【2020年度までに500社以上】 ○協会けんぽ等保険者のサポートを得て健康宣言等に取り組む企業数【2020年度までに3万社以上】 ○保険者からの推薦等一定の基準を満たすヘルスケア事業者数【2020年度までに100社以上】	○年間新規透析患者数【2028年度までに35,000人以下に減少】 ○糖尿病有病者の増加の抑制【2022年度までに1,000万人以下】 ○メタボリックシンドロームの該当者及び予備群の数【2022年度までに2008年度と比べて25%減少】

	取組事項/措置内容	実施年度			K P I	
		2020年度	2021年度	2022年度	第1階層	第2階層
再生計画の改革工程表の全44項目の着実な推進	② 介護人材の資質の向上と事業経営の規模の拡大やICT・介護ロボットの活用等による介護の生産性向上 【再掲】 (⇒39 vi (ICT・介護ロボットの活用)、⇒44 ii (介護助手・保育補助者など多様な人材の活用)、⇒44 iv (事業経営の規模の拡大))				—	—
	③ マイナンバー制度のインフラ等を活用した取組					
	i 医療保険のオンライン資格確認の導入 【再掲】 (⇒39 i)				—	—
	ii 医療・介護機関等間の情報連携の促進による患者負担軽減と利便性向上 【再掲】 (⇒39 ii)				—	—
	iii 医療等分野における研究開発の促進	実現性の高いシステムについて本格運用開始。 《厚生労働省》			○「事前評価委員会」による学術的・行政的観点に基づく評価・採択と、「中間・事後評価委員会」による研究成果の検証及び採択に基づく、採択課題の継続率 【2022年度に100%】	○終了した研究に基づき発表された成果数（論文、学会発表、特許の件数など） 【前年度と同水準】
	④ 世代間・世代内での負担の公平を図り、負担能力に応じた負担を求める観点からの検討					
i 高額療養費制度の在り方 高額療養費制度の見直しを2017年8月から段階的に実施。				—	—	
ii 医療保険における後期高齢者の窓口負担の在り方 【再掲】 (⇒58)				—	—	

	取組事項/措置内容	実施年度			K P I	
		2020年度	2021年度	2022年度	第1階層	第2階層
再生計画の改革工程表の全44項目の着実な推進	iii 高額介護サービス費制度の在り方 高額介護サービス費制度の見直しを2017年8月から実施。				—	—
	iv 介護保険における利用者負担の在り方 利用者負担割合について、2割負担者のうち特に所得の高い層の負担を3割とする見直しを2018年8月から実施。				—	—
	⑳ 現役被用者の報酬水準に応じた保険料負担の公平を図るための検討					
	i 介護納付金の総報酬割 介護納付金の総報酬割について、2017年度から段階的に実施。				—	—
ii その他の課題	現役被用者の報酬水準に応じた保険料負担の公平を図るためのその他の課題について、関係審議会等において検討。 《厚生労働省》				—	—
㉑ 医療保険、介護保険ともに、マイナンバーの活用等により、金融資産等の保有状況を考慮に入れた負担を求める仕組みについて検討 【再掲】 (⇒57)					—	—

	取組事項/措置内容	実施年度			K P I	
		2020年度	2021年度	2022年度	第1階層	第2階層
再生計画の改革工程表の全44項目の着実な推進	㉗	公的保険給付の範囲や内容について適正化し、保険料負担の上昇等を抑制するための検討				
	i	次期介護保険制度改革に向け、軽度者に対する生活援助サービス・福祉用具貸与等やその他の給付について、給付の見直しや地域支援事業への移行を含め検討 【再掲】（⇒64（軽度者に対する生活援助サービス））			—	—
	ii	医薬品や医療機器等の保険適用に際して費用対効果を考慮することについて平成28年度診療報酬改定において試行的に導入した上で、速やかに本格的な導入を目指す 【再掲】（⇒51 i）			—	—
	iii	生活習慣病治療薬等について、費用面も含めた処方の方針等の検討 【再掲】（⇒53 ii）			—	—
	iv	市販品類似薬に係る保険給付について見直しを検討 【再掲】（⇒59）			—	—
v	不適切な給付の防止の在り方について検討 不適切な給付の防止を徹底する観点から、医療指導監査に係る調査手法の改善等を図るため、医療指導監査業務実施要領を2018年10月に一部改定。			—	—	

	取組事項/措置内容	実施年度			K P I	
		2020年度	2021年度	2022年度	第1階層	第2階層
再生計画の改革工程表の全44項目の着実な推進	⑳ 後発医薬品に係る数量シェアの目標達成に向けて安定供給、信頼性の向上、情報提供の充実、診療報酬上の措置など必要な追加的措置を講じる 【再掲】 (⇒54)				—	—
	㉑ 後発医薬品の価格算定ルールの見直しを検討 2018年度の長期収載品の薬価の見直しに伴い、上市から12年が経過した後発品については原則1価格帯に集約。				—	—
	㉒ 後発医薬品の価格等を踏まえた特許の切れた先発医薬品の保険制度による評価の仕組みや在り方等の検討 【再掲】 (⇒51 iii)				—	—
	㉓ 基礎的な医薬品の安定供給、創薬に係るイノベーションの推進、真に有効な新薬の適正な評価等を通じた医薬品産業の国際競争力強化に向けた必要な措置の検討 【再掲】 (⇒51 iii)				—	—

	取組事項/措置内容	実施年度			K P I	
		2020年度	2021年度	2022年度	第1階層	第2階層
再生計画の改革工程表の全44項目の着実な推進	③② 市場実勢価格を踏まえた薬価の適正化 【再掲】 (⇒51 ii)				—	—
	③③ 薬価改定の在り方について、その頻度を含め検討 【再掲】 (⇒51 ii)				—	—
	③④ 適切な市場価格の形成に向けた医薬品の流通改善 医療用医薬品の流通改善に関する懇談会の提言（2015年9月）に基づき、流通改善に取り組むとともに、当該懇談会において定期的に進捗状況を把握し、改善に向けた取組を推進。 《厚生労働省》				○医薬品のバーコード（販売包装単位及び元梱包装単位の有効期限、製造番号等）の表示率【2020年度までに100%】	○200床以上の病院における単品単価取引が行われた医薬品のシェア【2020年度までに100%以上】 ○調剤薬局チェーン（20店舗以上）における単品単価取引が行われた医薬品のシェア【2020年度までに100%以上】 ○医療用医薬品の取引価格の妥結率【見える化】
	③⑤ 医療機器の流通改善及び保険償還価格の適正化を検討 医療機器の流通改善に関する懇談会において、関係団体及び個別企業への調査結果を踏まえ、改善が必要とされる問題点を整理し、対応策を検討。医療機器のコード化の進捗状況を定期的に把握する等、改善に向けた取組を推進。 《厚生労働省》				—	—

	取組事項/措置内容	実施年度			K P I	
		2020年度	2021年度	2022年度	第1階層	第2階層
再生計画の改革工程表の全44項目の着実な推進	<p>③⑥ かかりつけ薬局推進のための薬局全体の改革の検討、薬剤師による効果的な投薬・残薬管理や地域包括ケアへの参画を目指す</p>	<p>服薬情報の一元的・継続的な把握等を行うかかりつけ薬剤師・薬局を推進。</p> <p>各都道府県等の先進・優良事例の周知。</p> <p>《厚生労働省》</p>			<p>○「患者のための薬局ビジョン」において示すかかりつけ薬剤師としての役割を発揮できる薬剤師を配置している薬局数【2022年度までに60%】</p> <p>○各都道府県の、一人の患者が同一期間に3つ以上の医療機関から同じ成分の処方を受けている件数【見える化】</p> <p>○調剤報酬における在宅患者訪問薬剤管理指導料、介護報酬における居宅療養管理指導費、介護予防居宅療養管理指導費の算定件数【2021年度までに2017年度と比べて40%増加】</p>	<p>○重複投薬・相互作用等防止に係る調剤報酬の算定件数【2021年度までに2017年度と比べて20%増加】</p> <p>○地域包括ケアシステムにおいて過去1年間に平均月1回以上医師等と連携して在宅業務を実施している薬局数【2022年度までに60%】</p>
	<p>③⑦ 平成28年度診療報酬改定において、保険薬局の収益状況を踏まえつつ、医薬分業の下での調剤技術料・薬学管理料の妥当性、保険薬局の果たしている役割について検証し、調剤報酬について、服薬管理や在宅医療等への貢献度による評価や適正化、患者本意の医薬分業の実現に向けた見直し</p> <p>【再掲】（⇒52）</p>				—	—
	<p>③⑧ 診療報酬改定における前回改定の結果・保険医療費への影響の検証の実施とその結果の反映及び改定水準や内容に係る国民への分かりやすい形での説明</p>	<p>診療報酬改定の内容について、中央社会保険医療協議会の答申時の個別改定事項の公開や説明会の開催により、広く国民に周知。</p> <p>2020年度診療報酬改定の内容について、説明会を開催し、広く国民に周知。</p> <p>《厚生労働省》</p>				—

	取組事項/措置内容	実施年度			K P I	
		2020年度	2021年度	2022年度	第1階層	第2階層
再生計画の改革工程表の全44項目の着実な推進	㊸ 社会保障改革プログラム法等に基づく年金関係の検討					
	i マクロ経済スライドの在り方 マクロ経済スライドがその機能を発揮できるよう、その未調整分を翌年度以降の好況時に、合わせて調整する仕組みの導入（2018年4月～）や、賃金に合わせた年金額の改定（2021年4月～）により、現役世代の負担能力に応じた給付への見直しを実施（2016年に法案成立）。 2019年8月に公表した財政検証のオプション試算において、2016年改正による年金額改定ルールの見直しの効果についての参考試算を示した。	マクロ経済スライドの効果について、引き続き、その状況の検証を行う。			—	—
	ii 短時間労働者に対する被用者保険の適用範囲の拡大 【再掲】（⇒22）				—	—
	iii 高齢期における職業生活の多様性に応じた一人ひとりの状況を踏まえた年金受給の在り方 【再掲】（⇒23）				—	—
iv 高所得者の年金給付の在り方を含めた年金制度の所得再分配機能の在り方及び公的年金等控除を含めた年金課税の在り方の見直し	年金制度の所得再分配機能の強化については、被用者保険の適用拡大を進めるとともに、引き続き検討する。 個人所得課税について、総合的かつ一体的に税負担構造を見直す観点から、今後、政府税制調査会において、論点を整理しつつ、議論。				—	—
		《厚生労働省・財務省》				

	取組事項/措置内容	実施年度			K P I	
		2020年度	2021年度	2022年度	第1階層	第2階層
再生計画の改革工程表の全44項目の着実な推進	④① 就労支援を通じた保護脱却の推進のためのインセンティブ付けの検討など自立支援に十分取り組む	生活保護からの就労・増収等を通じた脱却を促進するため、就労支援を着実に実施しつつ、各種制度について、効率的かつ効果的なものとなるよう、就労意欲の向上の観点等を踏まえて不断に見直し、生活保護制度の適正化を推進。 《厚生労働省》				○就労支援事業等に参加した者のうち、就労した者及び就労による収入が増加した者の割合【2021年度までに50%】 ○「その他の世帯」の就労率（就労者のいる世帯の割合）【2021年度までに45%】
	④② 生活保護の適用ルールの確実かつ適正な運用、医療扶助をはじめとする生活保護制度の更なる適正化	<p>頻回受診等に係る適正受診指導の徹底、生活保護受給者に対する健康管理支援の実施等により、医療扶助の適正化を推進。頻回受診者に対する窓口負担について、頻回受診対策に向けた更なる取組の必要性、最低生活保障との両立の観点なども踏まえつつ、いわゆる償還払いの試行も含めた方策の在り方について検討する。</p> <p>生活保護受給者に対する健康管理支援の実施等に向けた必要な措置を講ずる。</p> <p>生活保護からの就労・増収等を通じた脱却を促進するため、就労支援を着実に実施しつつ、各種制度について、効率的かつ効果的なものとなるよう、就労意欲の向上の観点等を踏まえて不断に見直し、生活保護制度の適正化を推進。【再掲】</p> <p>級地制度について、地域ごとの最低生活費を測るための適切な指標の検討を行い、速やかに抜本的な見直しを行う。 《厚生労働省》</p>			<p>○就労支援事業等に参加可能な者の事業参加率【2021年度までに65%】</p> <p>○就労支援事業等に参加可能な者の事業参加率の自治体ごとの状況【見える化】</p> <p>○医療扶助の適正化に向けた自治体における後発医薬品使用促進計画の策定率【毎年度100%】</p> <p>○頻回受診対策を実施する自治体【毎年度100%】</p>	<p>○就労支援事業等を通じた脱却率【見える化】</p> <p>○就労支援事業等に参加した者のうち、就労した者及び就労による収入が増加した者の割合の自治体ごとの状況【見える化】</p> <p>○「その他の世帯」の就労率等の自治体ごとの状況【見える化】</p> <p>○生活保護受給者の後発医薬品の使用割合【毎年度80%】</p>
	④③ 平成29年度の次期生活扶助基準の検証に合わせた年齢、世帯類型、地域実態等を踏まえた真に必要な保護の在り方や更なる自立促進のための施策等、制度全般について予断なく検討し、必要な見直し	<p>生活保護からの就労・増収等を通じた脱却を促進するため、就労支援を着実に実施しつつ、各種制度について、効率的かつ効果的なものとなるよう、就労意欲の向上の観点等を踏まえて不断に見直し、生活保護制度の適正化を推進。【再掲】</p> <p>級地制度について、地域ごとの最低生活費を測るための適切な指標の検討を行い、速やかに抜本的な見直しを行う。【再掲】 《厚生労働省》</p>				<p>○頻回受診者に対する適正受診指導による改善者数割合【2021年度において2017年度比2割以上の改善】</p> <p>○生活保護受給者一人当たり医療扶助の地域差【見える化】</p> <p>○後発医薬品の使用割合の地域差【見える化】</p>

	取組事項/措置内容	実施年度			K P I	
		2020年度	2021年度	2022年度	第1階層	第2階層
再生計画の改革工程表の全44項目の着実な推進	④③ 生活困窮者自立支援制度の着実な推進	<p>生活困窮者自立支援制度や求職者支援制度を効率的・効果的に運営する中で、就労・増収等を通じた自立を促進するため、地方自治体等において対象者の状態に合わせて適切に求職者支援制度の利用を促す。</p> <p>改正生活困窮者自立支援法に基づき、就労や家計をはじめとした様々な課題に対応できる包括的な支援体制の整備の推進を図ることにより、自立に向けた意欲の向上や日常生活面・社会生活面の改善を含め、就労・増収等を通じた生活困窮者の自立支援を推進。</p> <p>≪厚生労働省≫</p>			<p>○福祉事務所設置自治体による就労準備支援事業及び家計改善支援事業の実施率【見える化】</p> <p>○自立生活のためのプラン作成件数【毎年度年間新規相談件数の50%】</p> <p>○自立生活のためのプランに就労支援が盛り込まれた対象者数【毎年度プラン作成件数の60%】</p> <p>○自立相談支援事業における生活困窮者の年間新規相談件数【2021年度までに25万件】</p> <p>○自立相談支援機関が他機関・制度へつないだ（連絡・調整や同行等）件数【見える化】</p> <p>○任意の法定事業及び法定外の任意事業の自治体ごとの実施率【見える化】</p>	<p>○生活困窮者自立支援制度の利用による就労者及び増収者数【見える化】</p> <p>○就労支援プラン対象者のうち、就労した者及び就労による収入が増加した者の割合【毎年度75%】</p> <p>○自立生活のためのプラン作成者のうち、自立に向けての改善が見られた者の割合【2021年度までに90%】</p>
	④④ 雇用保険の国庫負担の当面の在り方の検討	<p>経済財政運営と改革の基本方針2019も踏まえ、雇用保険料と国庫負担の時限的な引下げの継続等について検討し、必要な措置を講ずる。</p> <p>≪厚生労働省≫</p>			—	—

令和2年度予算案(保険局関係)の主な事項

厚生労働省保険局

令和2年度予算案(保険局関係)の主な事項

※()内は令和元年度予算額

地域包括ケアシステムの構築等に向けた安心で質の高い医療・介護サービスの提供

安定的で持続可能な医療保険制度の運営確保

○ 各医療保険制度などに関する医療費国庫負担 11兆8,620億円(11兆6,692億円)

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

診療報酬・薬価等の改定

1. 診療報酬 +0.55%

※1 うち、※2を除く改定分 +0.47%

各科改定率	医科	+0.53%
	歯科	+0.59%
	調剤	+0.16%

※2 うち、消費税財源を活用した救急病院における勤務医の働き方改革への特例的対応 +0.08%

2. 薬価等

①薬価 ▲0.99%

※ うち、実勢価等改定 ▲0.43%

市場拡大再算定の見直し等 ▲0.01%

②材料価格 ▲0.02%

※ うち、実勢価等改定 ▲0.01%

○ 国民健康保険への財政支援 3,104億円(2,604億円)

保険料の軽減対象となる低所得者数に応じた保険者への財政支援の拡充や保険者努力支援制度等を引き続き実施するために必要な経費を確保する。

また、保険者努力支援制度(国民健康保険)については、人生100年時代を見据え、抜本的に強化し、新規500億円により予防・健康づくりを強力的に推進する。

消費税率引上げに伴う社会保障の充実

○ 保険者の予防・健康づくりの取組強化(国保・保険者努力支援制度)

1,412億円(912億円)

○ 被用者保険への財政支援 820億円(820億円)

拠出金負担の重い被用者保険者の負担を軽減するための財政支援に必要な経費を確保する。

Society5.0の実現に向けた科学技術・イノベーションの推進等

○ 医療等分野におけるICTの利活用の促進等

① 医療保険分野における番号制度の利活用推進 145億円(318億円)

2020年度からの本格運用を目指し、医療保険のオンライン資格確認等システムの導入等について、システム開発のために必要な経費を確保する。

② 医療情報化支援基金による支援 768億円(300億円)

オンライン資格確認の導入に向けた医療機関・薬局のシステム整備の支援を行う。

消費税率引上げに伴う社会保障の充実

○ マイナンバーカードの保険証利用の環境整備

768億円

⑤ データヘルス分析関連サービスの構築に向けた整備 7.1億円(2.8億円)※内保険局分4億円(2億円)

レセプト情報・特定健診等情報データベース(NDB)や介護保険総合データベースなど健康・医療・介護情報を連結して、研究者などが分析可能な環境と民間事業者を含め幅広い主体へ提供する仕組みの整備等を行う。

健康増進対策や予防・健康管理の推進

○ 健康寿命の延伸に向けた予防・健康づくり

① 保険者のインセンティブ強化(国保・保険者努力支援制度) 1,412億円(912億円)

公的保険制度における疾病予防の取組を強化するため、保険者努力支援制度(国民健康保険)の抜本的な強化を図り、疾病予防に資する取組の配点割合の引上げや成果指標の拡大など、配点基準のメリハリを強化する。

※人生100年時代を見据え、保険者努力支援制度(国民健康保険)を抜本的に強化し、新規500億円により予防・健康づくりを強力に推進

消費税率引上げに伴う社会保障の充実

○保険者の予防・健康づくりの取組強化(国保・保険者努力支援制度) (再掲)

1,412億円(912億円)

② データヘルス(医療保険者によるデータ分析に基づく保健事業)の効果的な実施の推進 ア レセプト・健診情報等の分析に基づいた保健事業等の推進 7.9億円(8.2億円)

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

イ 保険者協議会における保健事業の効果的な実施への支援 88百万円(88百万円)

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

③ 先進事業等の好事例の横展開等

ア 高齢者の保健事業と介護予防・フレイル対策の一体的な実施の全国的な横展開等の推進 1.1億円(1.1億円)

高齢者の通いの場を中心とした介護予防・フレイル対策と生活習慣病等の疾病予防・重症化予防の市町村における一体的な実施について、市町村向けの研修会の開催や個別事業に対する相談支援等の実施により、本格展開を推進する。

イ 糖尿病性腎症患者の重症化予防の取組への支援 50百万円(51百万円)

糖尿病性腎症の患者であって、生活習慣の改善により重症化の予防が期待される者に対して、医療保険者が医療機関と連携した保健指導を実施する好事例の横展開を進める。

ウ 健康寿命の延伸に向けた歯科口腔保健の推進等 17億円(14億円)※内保険局7億円(7億円)

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

④ 保険者の予防・健康インセンティブの取組への支援 1.2億円(1.3億円)

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

⑥ 健康増進効果等に関する実証事業の実施 7.3億円※内保険局分2.9億円【新規】

データ等を活用した予防・健康づくりの健康増進効果等に関するエビデンスを確認・蓄積するための大規模実証事業を、統計学的な正確性を確保した上で実施する。

東日本大震災や熊本地震をはじめとした災害からの復旧・復興への支援

被災者・被災施設の支援

「東日本大震災復興特別会計」計上項目

○ 避難指示区域等での医療保険制度の特別措置(復興) 38億円(57億円)

東京電力福島第一原発の事故により設定された帰還困難区域等及び上位所得層を除く旧避難指示区域等・旧避難指示解除準備区域等の住民について、医療保険の一部負担金や保険料の免除等の措置を延長する場合には、引き続き保険者等の負担を軽減するための財政支援を行う。

「全世代型社会保障検討会議」について

○ 少子高齢化と同時にライフスタイルが多様となる中で、誰もが安心できる社会保障制度に関わる検討を行うため、全世代型社会保障検討会議を開催。

構成

議長	安倍晋三	内閣総理大臣
議長代理	西村康稔	全世代型社会保障改革担当大臣
構成員	麻生太郎	副総理 兼 財務大臣
	菅 義偉	内閣官房長官
	高市早苗	総務大臣
	加藤勝信	厚生労働大臣
	梶山弘志	経済産業大臣
(有識者／五十音順)		
	遠藤久夫	国立社会保障・人口問題研究所所長
	翁 百合	株式会社日本総合研究所理事長
	鎌田耕一	東洋大学名誉教授
	櫻田謙悟	SOMPO ホールディングス株式会社 グループCEO 取締役 代表執行役社長
	清家 篤	日本私立学校振興・共済事業団理事長
	中西宏明	株式会社日立製作所 取締役会長 兼 執行役
	新浪剛史	サントリーホールディングス株式会社 代表取締役社長
	増田寛也	東京大学公共政策大学院客員教授
	柳川範之	東京大学大学院経済学研究科教授

スケジュール

9月20日	第1回	今後の検討の進め方
11月 8日	第2回	有識者からのヒアリング①
11月20日		全世代型社会保障改革に関する総理と現場との意見交換会
11月21日	第3回	有識者からのヒアリング②
11月26日	第4回	中間報告に向けた具体論について
12月19日	第5回	中間報告
令和2年夏		最終報告

全世代型社会保障検討会議(第4回) 議事次第

日時:令和元年11月26日
17:15~18:15
場所:官邸4階大会議室

1. 開会
2. 中間報告に向けた具体論について
3. 閉会

配布資料:

- 資料1 基礎資料
- 資料2 民間議員や有識者等からご指摘いただいた主な論点
- 資料3 遠藤議員提出資料
- 資料4 翁議員提出資料
- 資料5 増田議員提出資料

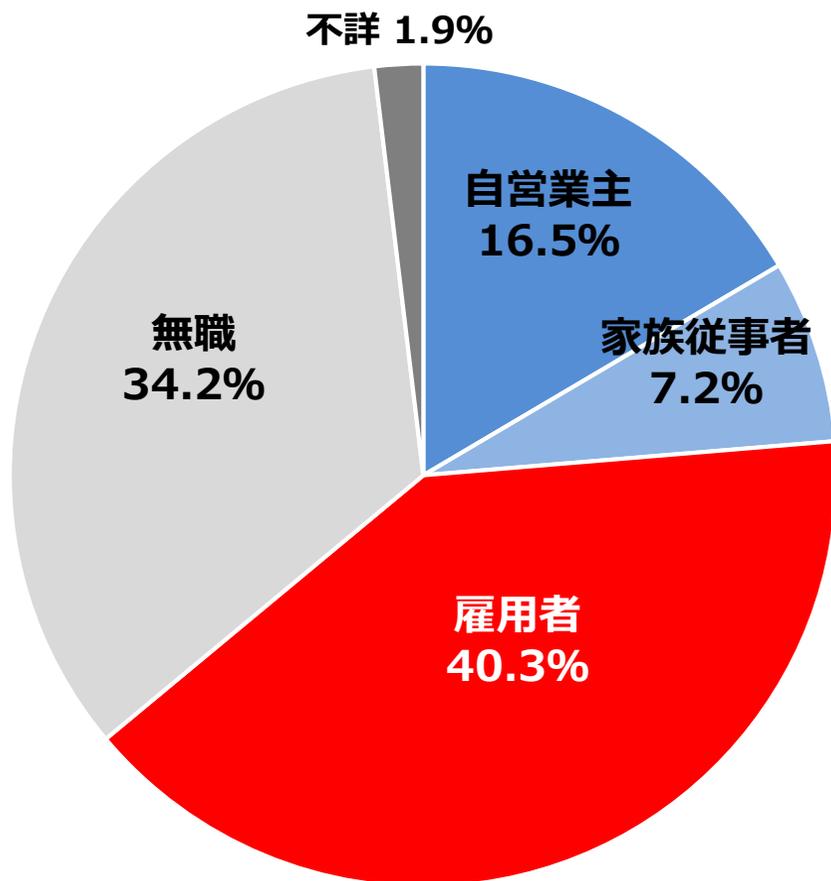
基礎資料

令和元年11月

内閣官房全世代型社会保障検討室

○ 国民年金の加入者の中に、雇用者が4割含まれている。

国民年金加入者の就業状況 (2017年)



(注) 国民年金第1号被保険者の数値

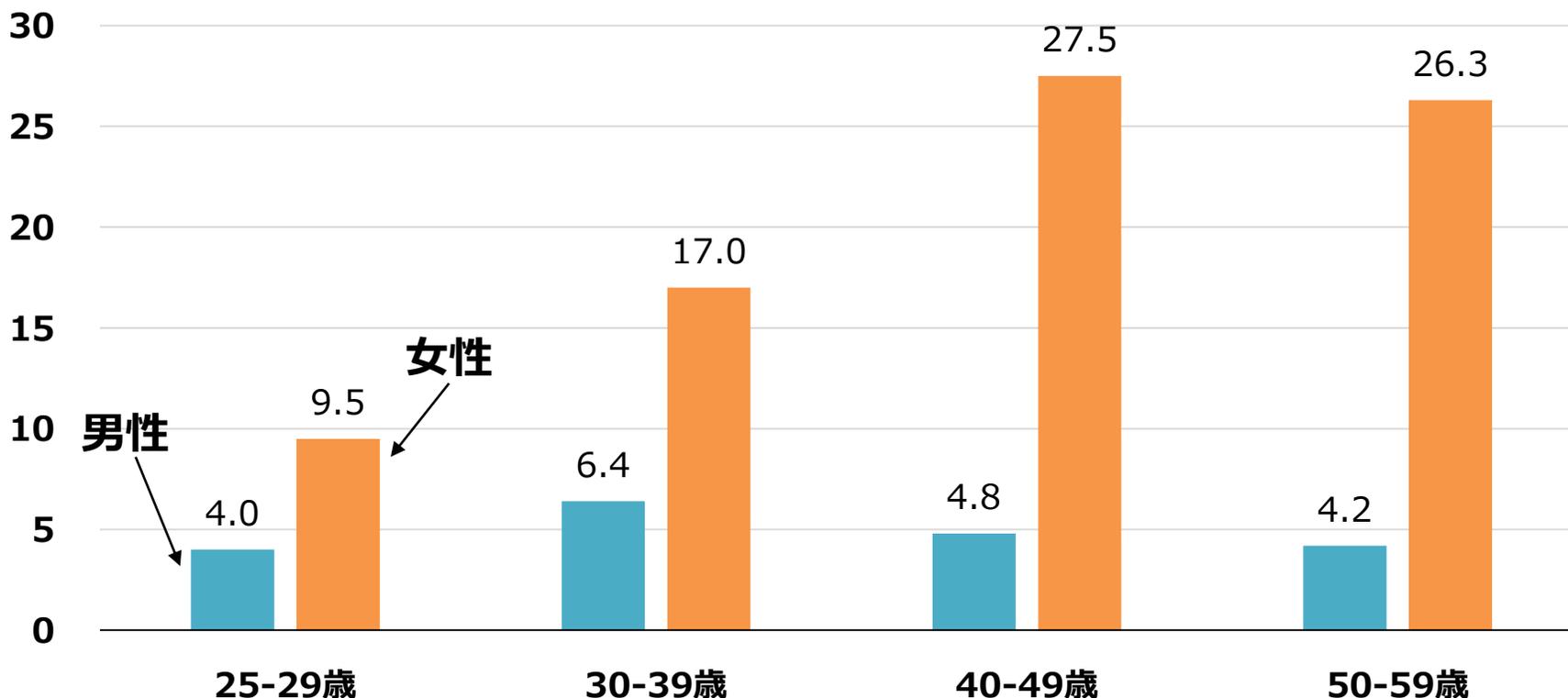
(出所) 厚生労働省「平成29年 国民年金被保険者実態調査」を基に作成。

国民年金に加入する短時間労働者の内訳

- 国民年金に加入する週20-30時間の短時間労働者を見ると、いずれの年齢でも女性が多い。また、男性の中では、就職氷河期の30代が多い。

国民年金に加入する短時間労働者の内訳
(週20-30時間のパート・アルバイト、2017年)

被保険者数 (万人)



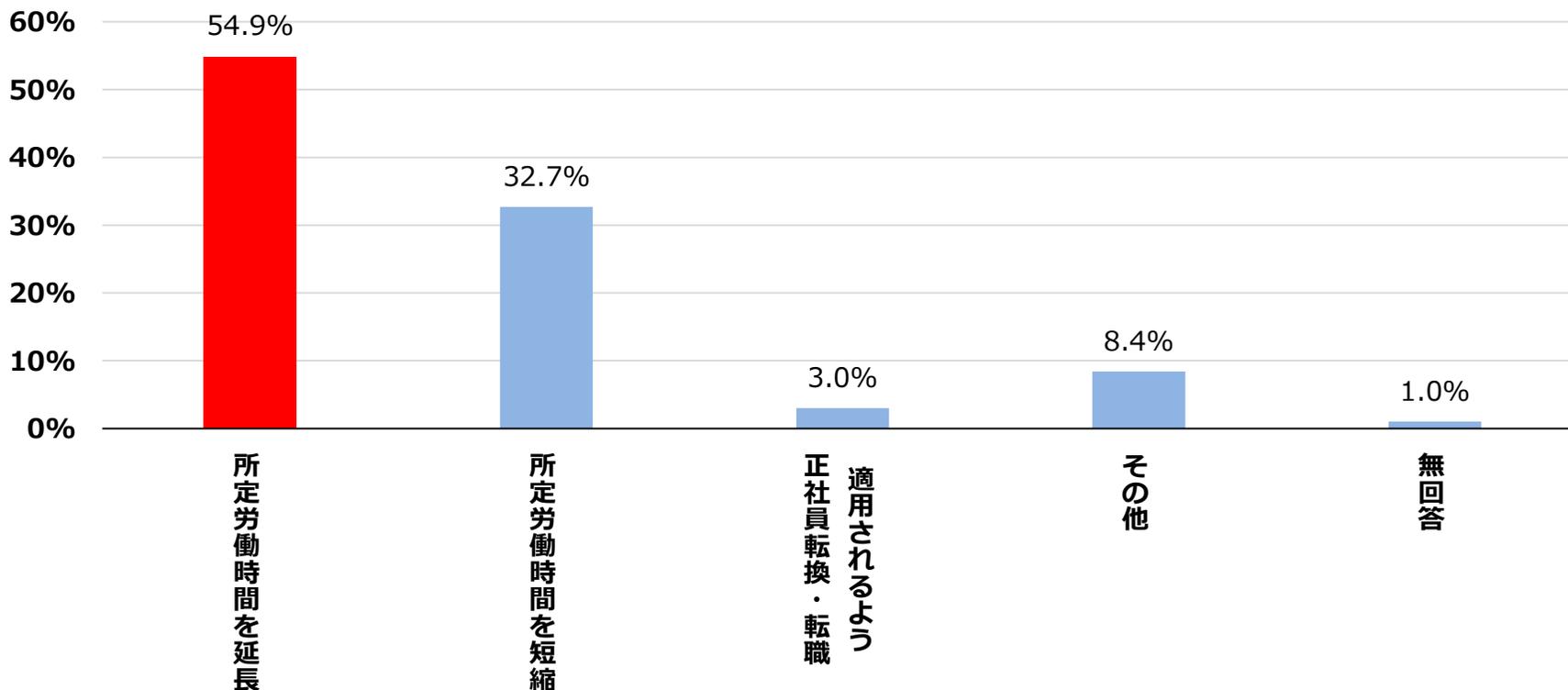
(注) 国民年金第1号被保険者の数値

(出所) 厚生労働省「平成29年 国民年金被保険者実態調査」を基に作成。

2016年の適用拡大に伴う働き方の変化

- 2016年10月における厚生年金の適用拡大に伴い「働き方を変えた」と回答した方のうち、55%は労働時間を延長しており、労働時間を短縮した方は33%である。

働き方の変更内容（単数回答）

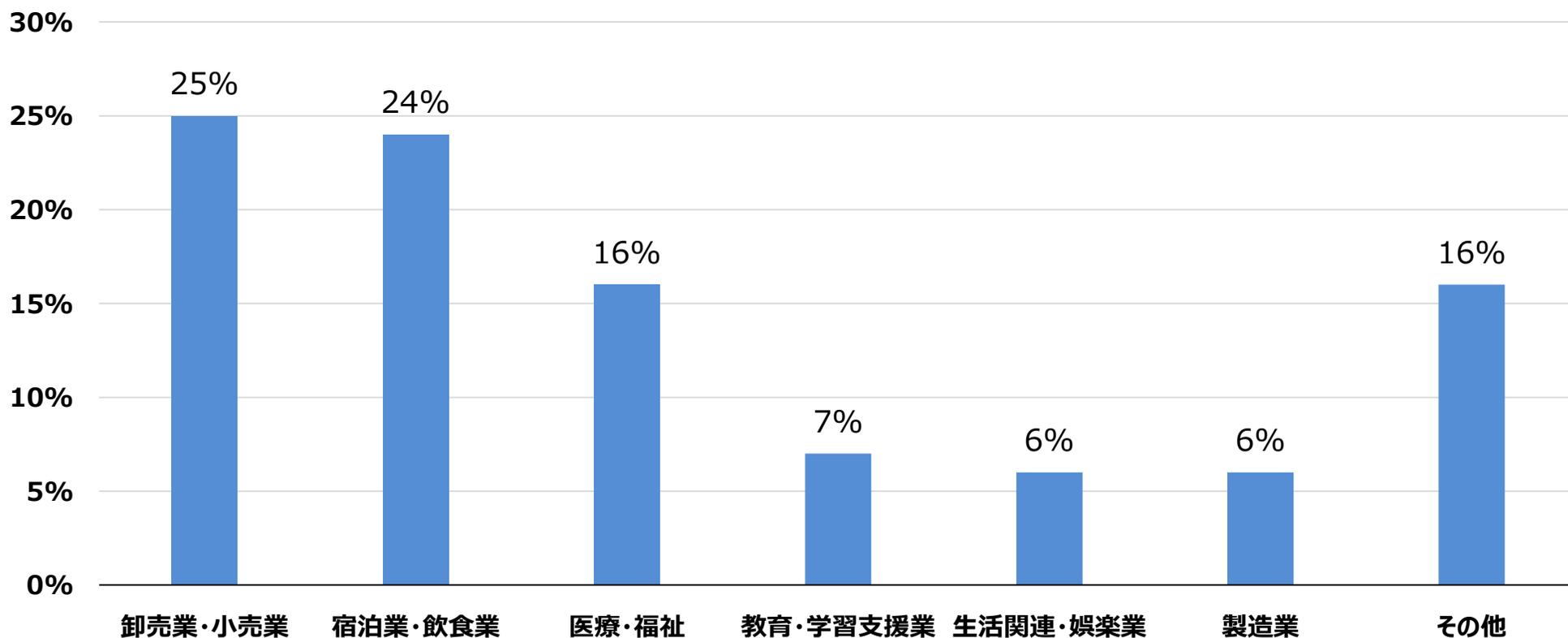


(注) 適用拡大前に厚生年金に加入していなかった短時間労働者3,323人のうち、「問12 短時間労働者に対する、厚生年金・健康保険の適用範囲は、平成28年10月1日（規模500人以下の地方公共団体の場合は平成29年4月1日）より、①週の所定労働時間が20時間以上、②月額賃金が8万8,000円以上、③雇用見込み期間が1年以上の、すべての要件を満たす者（但し学生は除く）に拡大されました。これに伴い、あなたの働き方は変化しましたか（1つに○）。」に対して「変わった」と回答した者526人における「付問 働き方は、具体的にどう変化しましたか（1つに○）。」に対する回答

(出所) 独立行政法人 労働政策研究・研修機構（2018年）「社会保険の適用拡大に伴う働き方の変化等に関する調査（短時間労働者調査）」を基に作成。

業種別のパート労働者の雇用状況

○ 週30時間未満のパート労働者が働く業種を見ると、卸売・小売業、飲食業・宿泊業などが多い。

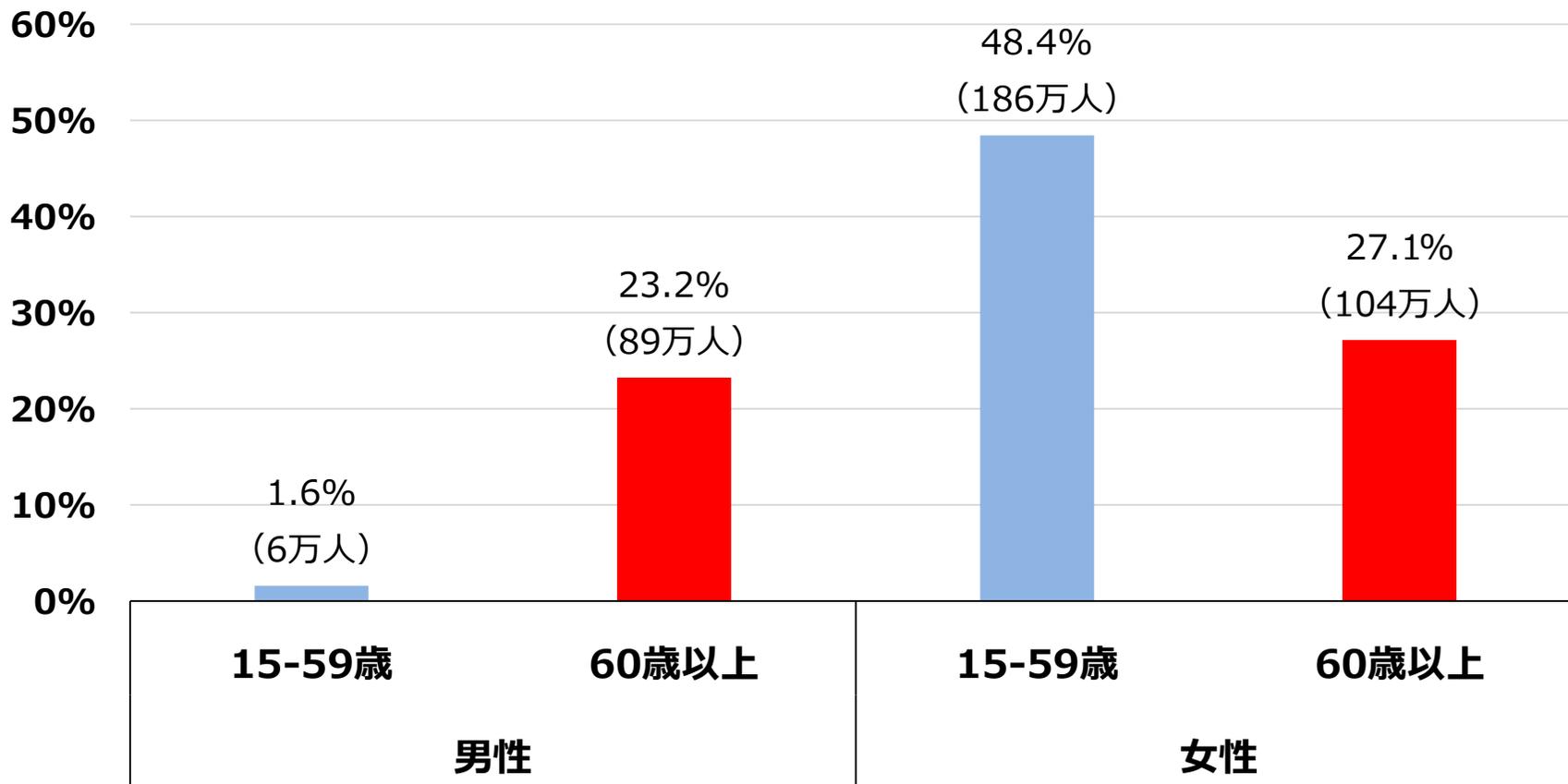
業種別のパート労働者の雇用状況
(週30時間未満のパート労働者、2016年)

(出所) 厚生労働省 (2019年) 「第10回社会保障審議会年金部会資料」 (元データは「平成28年パートタイム労働者総合実態調査」の特別集計) を基に作成。

○ この6年間で増加した就業者のうち、60歳以上の男性の割合は23%、60歳以上の女性の割合は27%。

近年の就業者増の内訳（2012-18年）

就業者増の内訳（%）

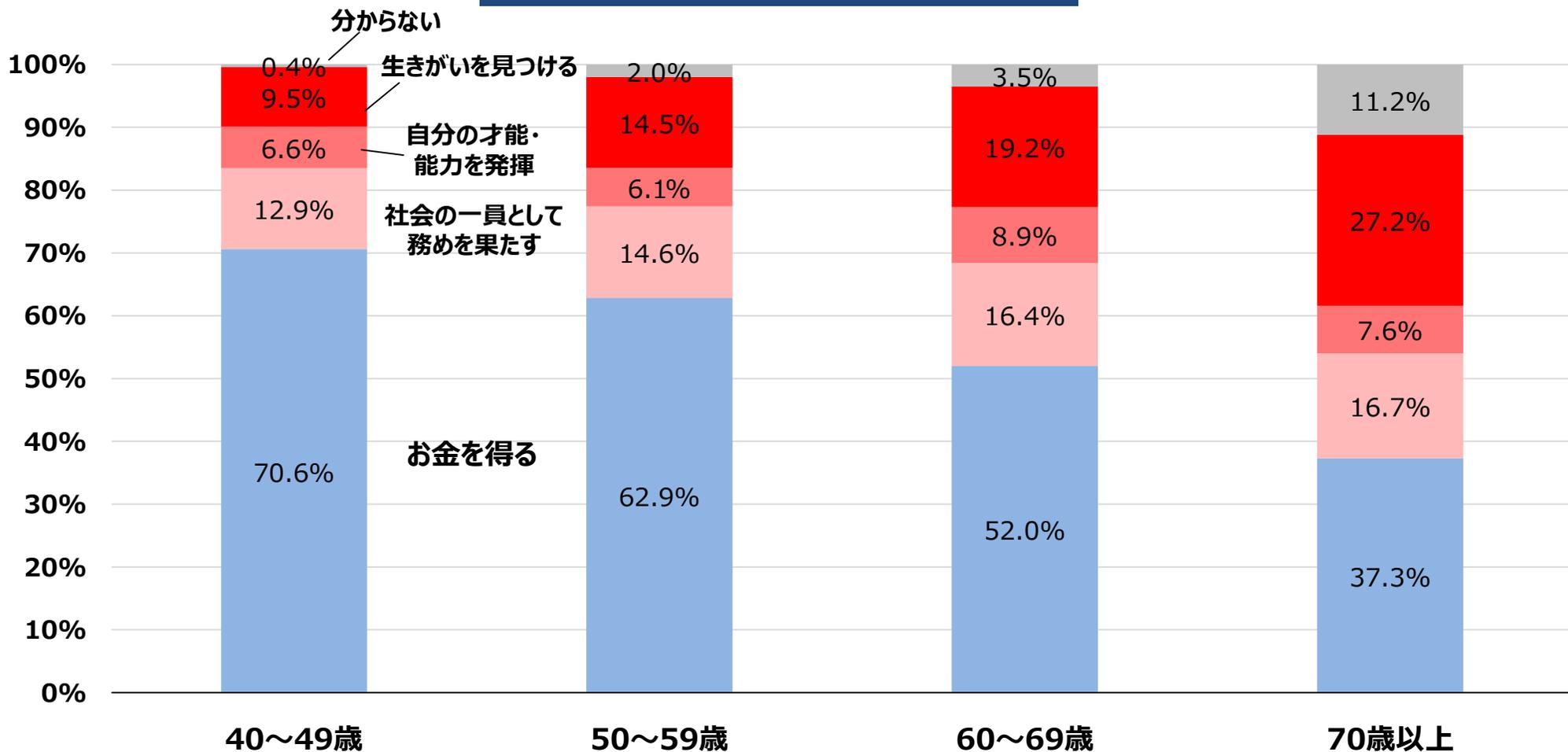


(注) 2012年と2018年の就業者（年平均ベース）での増加の内訳。

(出所) 総務省「労働力調査（基本集計）」を基に作成。

○ 仕事をする理由は、年齢を経るに従って、「お金を得る」が減少し、「生きがい」、「自分の能力の発揮」、「社会の一員としての務めを果たす」が増加。

年齢階級別 働く目的（単数回答）

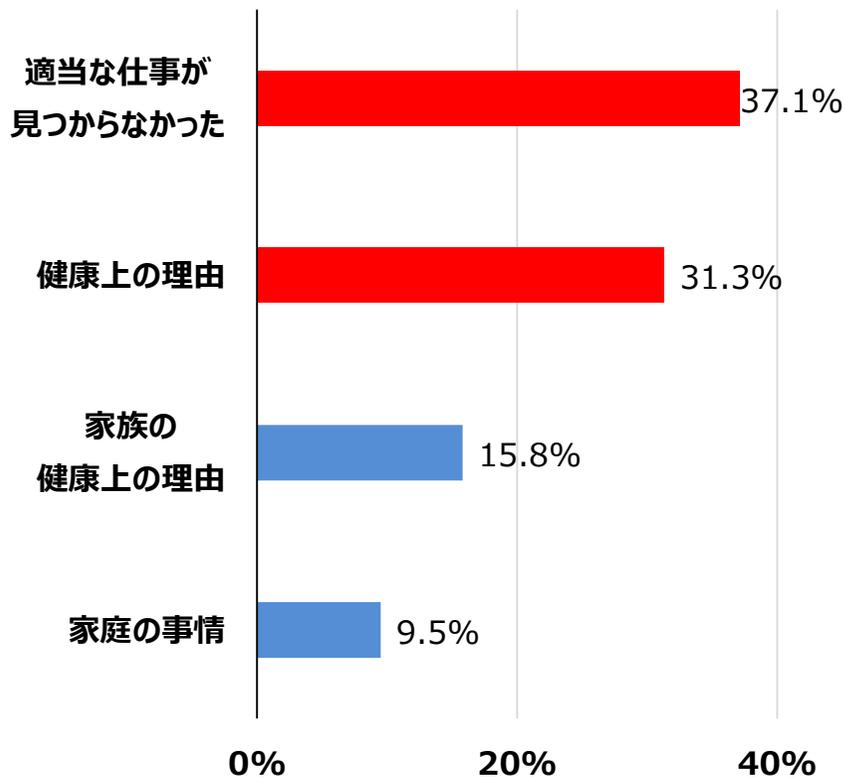


(注) 「あなたが働く目的は何ですか。あなたの考え方に近いものをこの中から1つお答えください。」に対する回答
 (出所) 内閣府(2019年)「令和元年度 国民生活に関する世論調査」を基に作成。(N=5,076人)

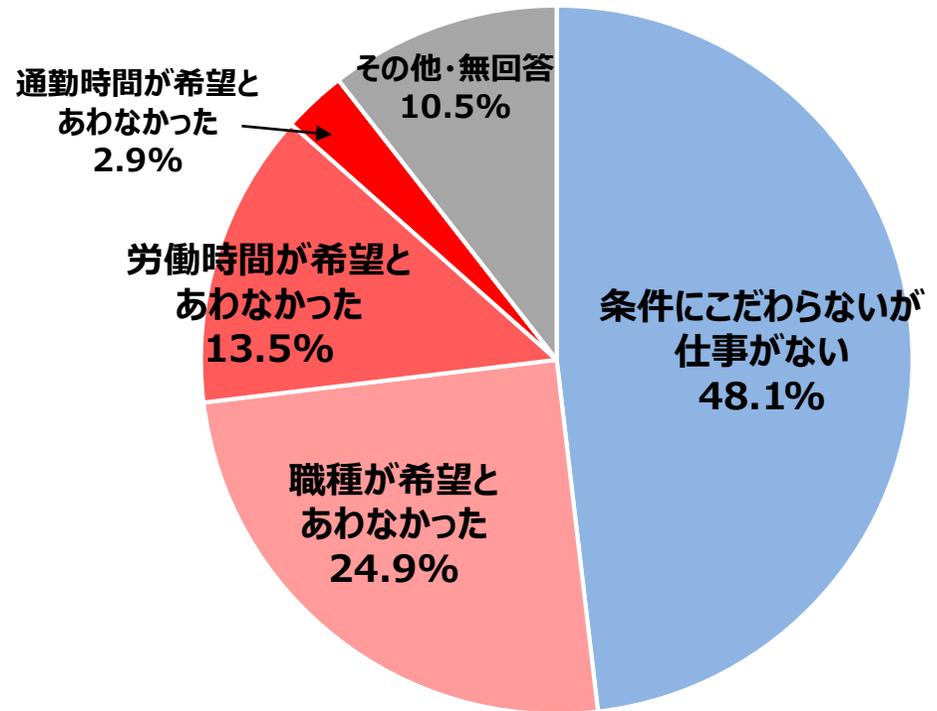
65歳以上が仕事に就けなかった理由

○ 就業希望の65歳以上が仕事に就けなかった理由は、「適当な仕事が見つからない」が多い。

就業希望の65歳以上が
仕事に就けなかった主な理由
(単数回答)



「適当な仕事が見つからなかった」の内訳
(単数回答)



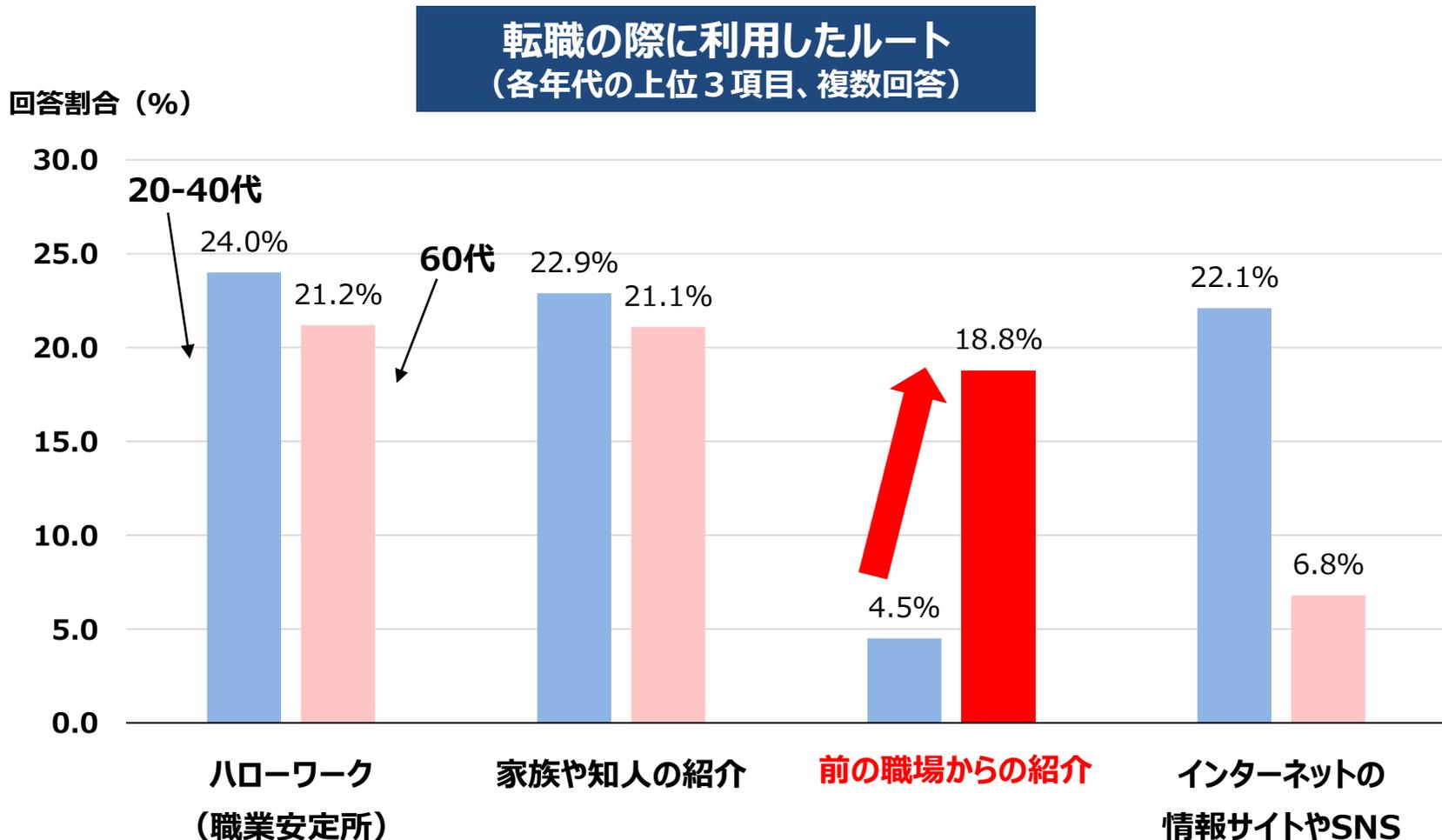
(注) 65-69歳の男女1,156名へのアンケート調査の結果。

左図：2014年6月時点で「仕事をしたいと思いながら仕事をしなかった者」に対して「仕事につけなかった主な理由は何ですか」との質問への回答

右図：「適当な仕事が見つからなかった」と回答した者に対して「適当な仕事が見つからなかった主な理由は何ですか」との質問への回答

(出所) 独立行政法人 労働政策研究・研修機構 (2015年) 「60代の雇用・生活調査」を基に作成。

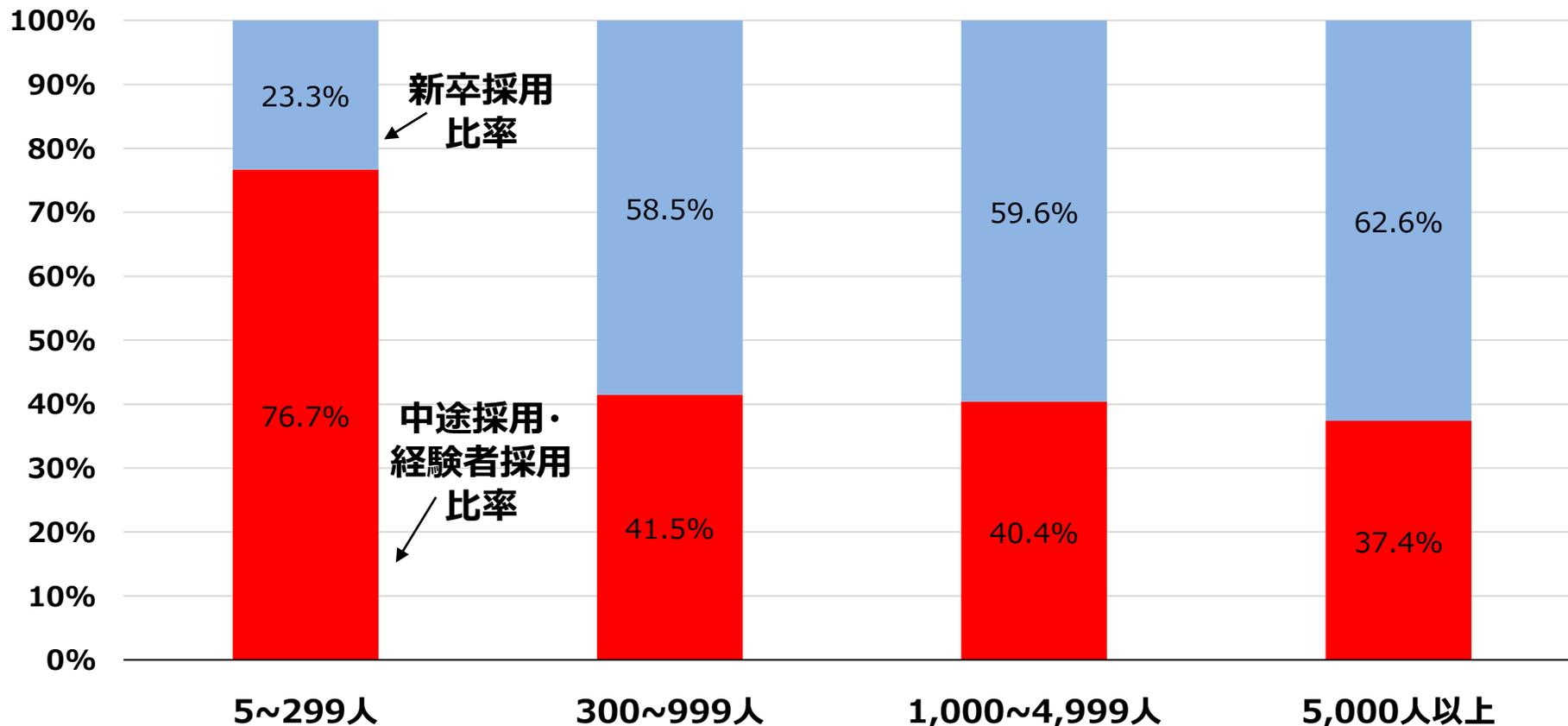
○ 60代では、20-40代と比較して「前の職場からの紹介」を通じた転職が多い。



(注) 「あなたは現在の勤務先をどのように見つけましたか。利用したものすべてをお選びください」という質問に対する回答（複数回答）の割合。
データは、各年代において、前職が正社員であり、現在の年代と同じ年代に転職した男性に限定。例えば、60代とは、60代で転職した現在60代を指す。
(出所) リクルートワークス研究所（2019年）「再雇用か、転職か、引退かー「定年前後の働き方」を解析するー（JPSED分析報告書2019）」を基に作成。

- 採用者全体に占める中途採用・経験者採用比率は、企業規模が大きくなるに従って減少。
- 従業員数5,000人以上の規模では、37%にとどまる。

新卒・中途採用者の比率 (2017年度)



(注) 採用者全体に占める新卒採用者・中途採用者数の割合。中途採用は2017年度の採用者、新卒採用は2018年卒者。

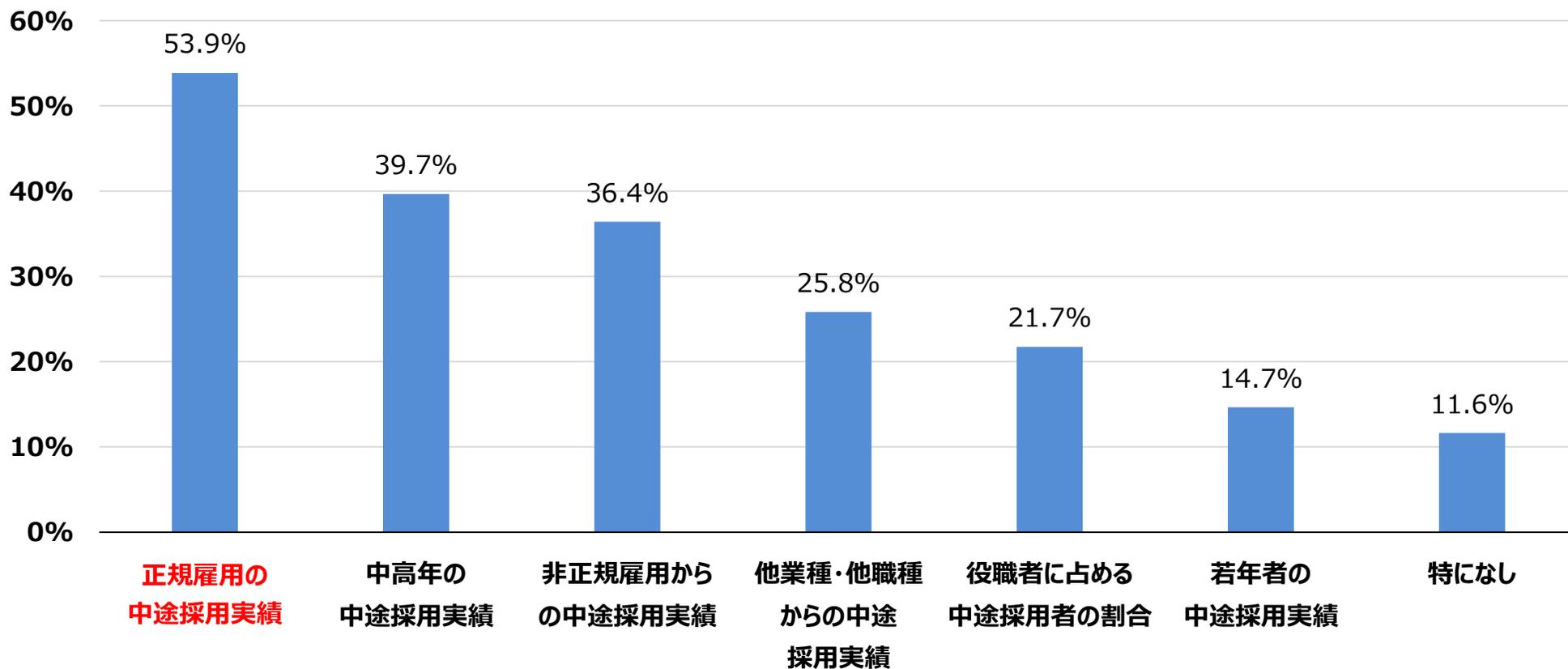
(出所) リクルートワークス研究所 (2018年)「中途採用実態調査 (2017年度実績)」より作成。調査対象は従業員5人以上の民間企業。

転職希望者が企業に情報公開を希望する項目

○ 転職希望者が中途採用に関して企業に開示して欲しい情報は、「正規雇用の中途採用実績」の割合が多い。

転職希望者が情報公開を希望する項目の割合

回答割合 (%)

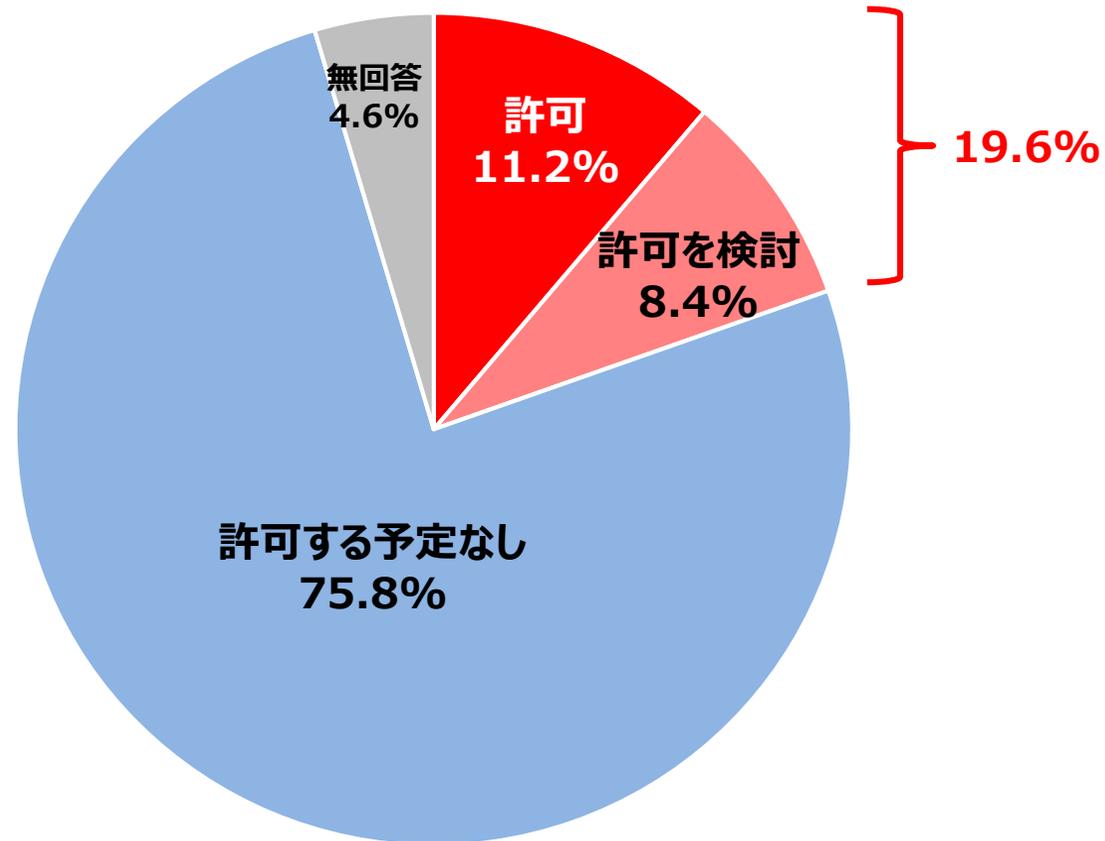


(注) 「転職活動を円滑に進めるにあたって、中途採用の実績について、どのような情報を企業に開示して欲しいですか」との質問への回答。
 転職希望者(求職活動中)は、正規雇用での転職又は再就職を希望している25～64歳の者(データは2,000サンプル)。

(出所) 厚生労働省(2019年)「中途採用の情報公表に関する意識調査」を基に作成。

○ 兼業・副業の解禁に積極的な企業は2割程度にとどまる。

企業における従業員の副業・兼業に関する意向 (企業調査、2018年2月～3月)

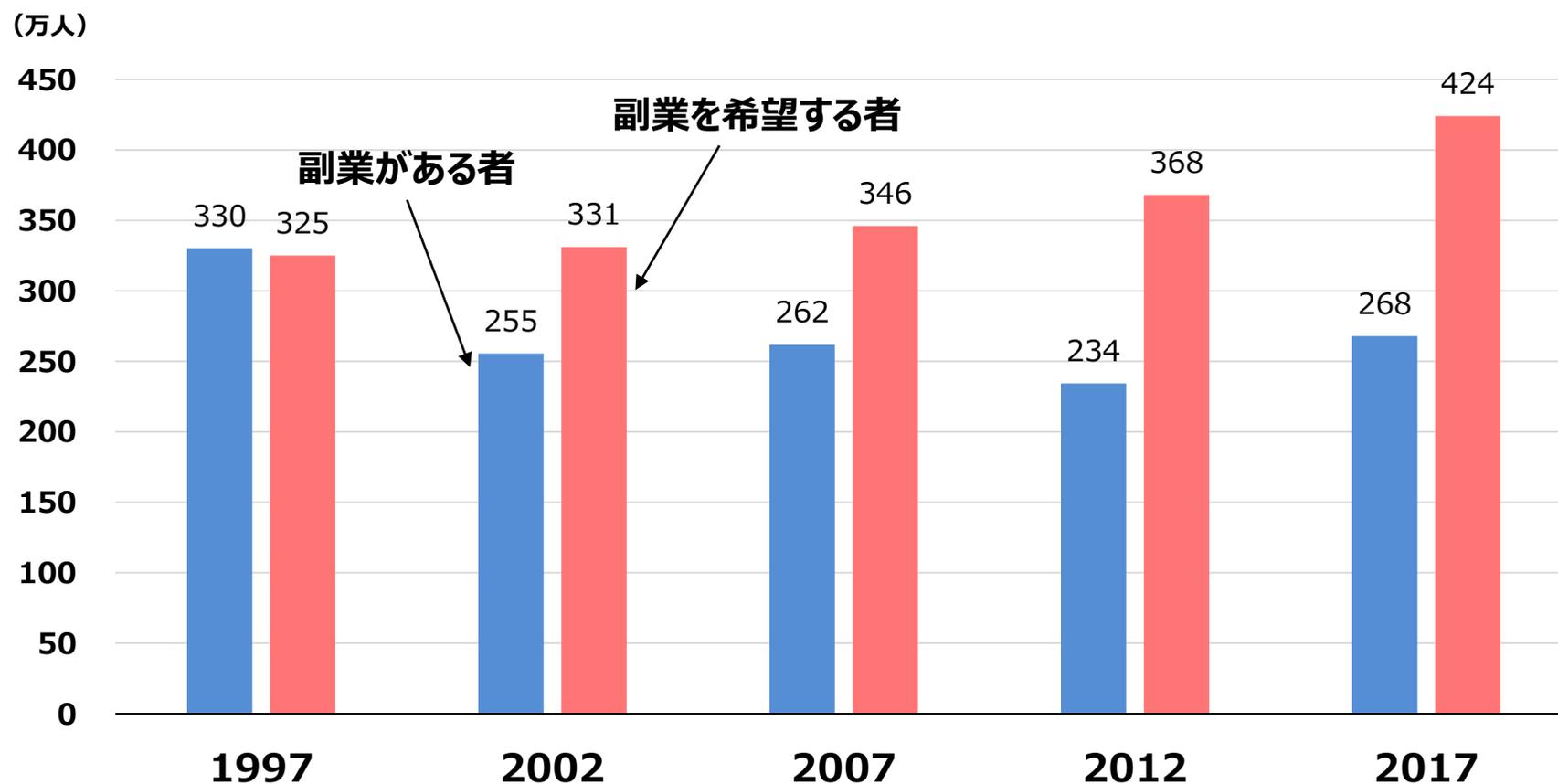


(出所) 独立行政法人 労働政策研究・研修機構 (2018年) 「多様な働き方の進展と人材マネジメントの在り方に関する調査 (企業調査・労働者調査)」
(2,260社の回答) を基に作成。

副業がある者、希望する者の推移

○ 副業を希望する者は、増加傾向にあるものの、実際に副業がある者の数は、横ばいである。

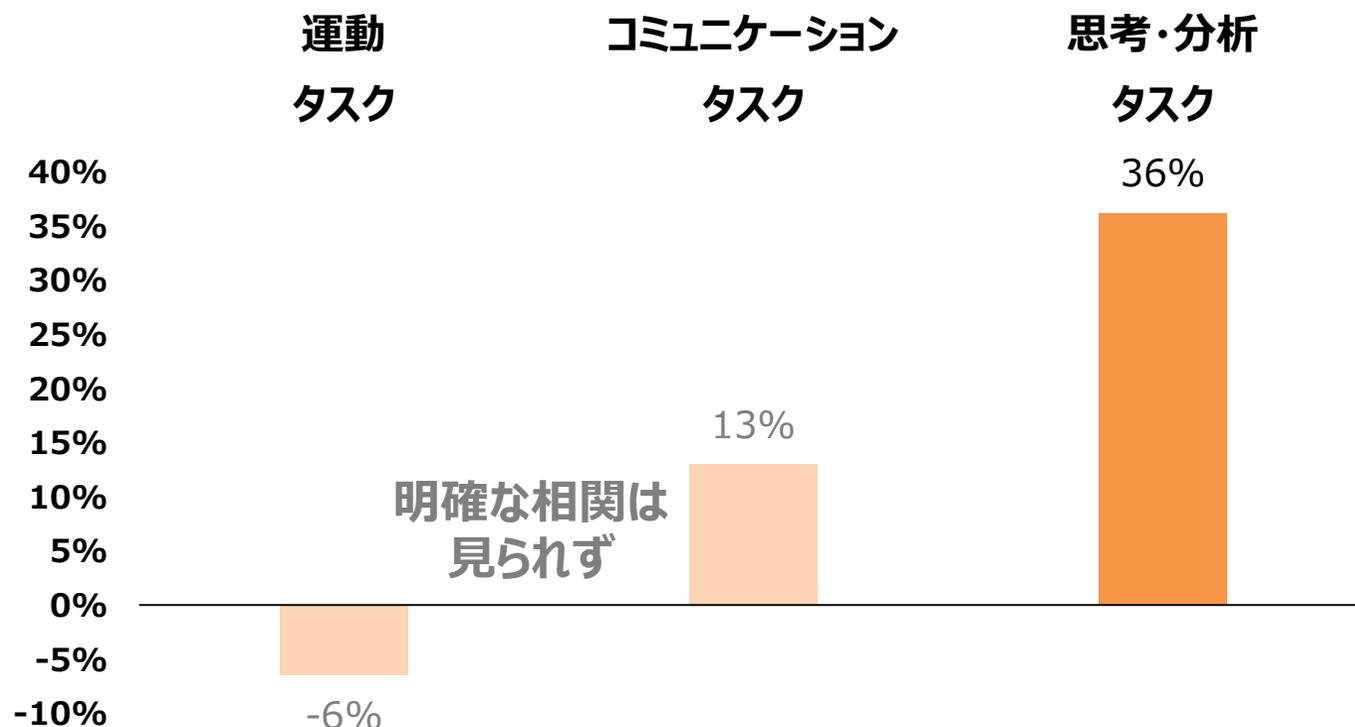
副業がある者、希望する者の推移



(出所) 総務省「就業構造基本調査」を基に作成。

- 思考・分析といった高度人材では、副業をしている人が、そうでない人よりも本業での賃金が36%高くなっている。
- このことは、企業の境界を低くし、高度人材の従業員に兼職させることで、本業の価値が高まることを示唆している。

副業経験が賃金に与える影響 (対 副業経験なし従業者)

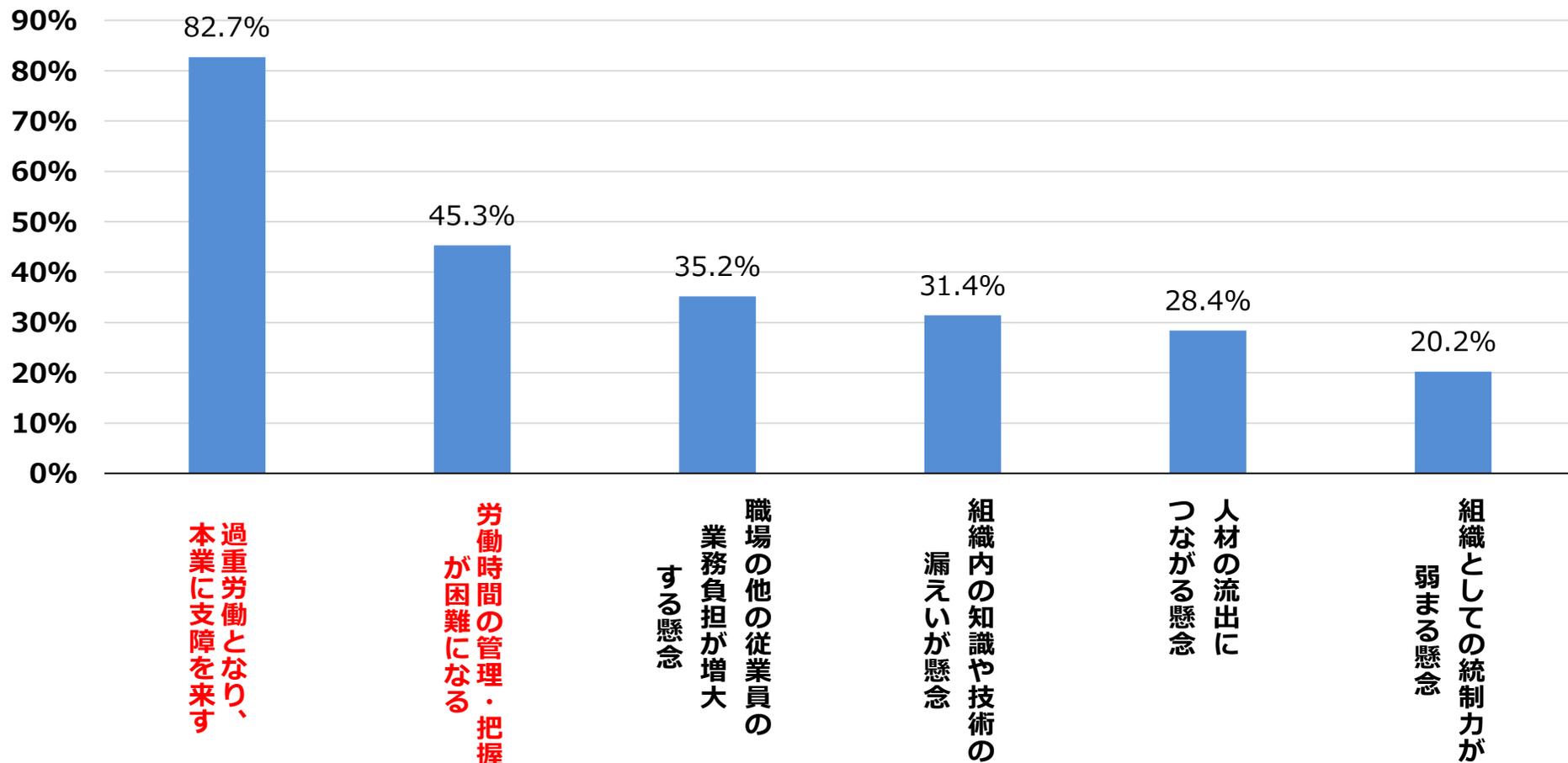


(注) グラフは、副業を始めた従業者の、副業経験を持たない従業者と比較した、賃金の増加分を示している。なお、ここでの「賃金」は、本業の1時間当たり賃金を、「運動タスク」は主に運動能力が求められる仕事（製造・建築作業、運輸・通信事業等）、「コミュニケーションタスク」は主に対人能力が求められる仕事（サービス職、販売職等）、「思考・分析タスク」は主に思考能力・分析能力が求められる仕事（管理職、専門・技術職、情報処理技術職等）を表す。

(出所) Kawakami (2019年)「Multiple job holding as a strategy for skills development」を基に作成。元データは、慶應家計パネル調査（2004-2016年）。

- 企業が兼業・副業を認めていない理由には、「過重労働への懸念」、「労働時間の管理・把握の困難さへの懸念」が多い。これらを払拭できる制度整備が課題。

副業・兼業を許可しない理由（複数回答）

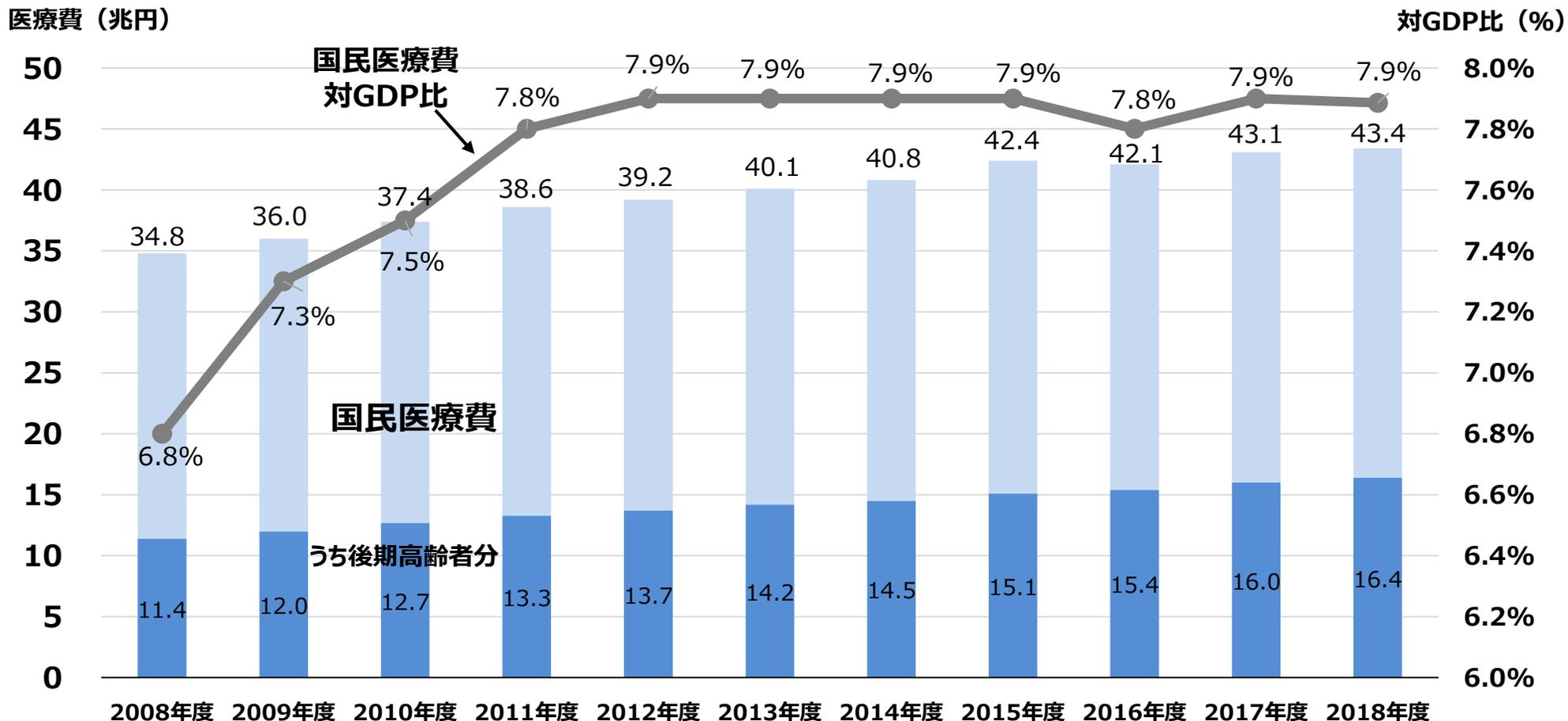


（出所）独立行政法人 労働政策研究・研修機構（2018年）「多様な働き方の進展と人材マネジメントの在り方に関する調査（企業調査・労働者調査）」（1,714社の回答）を基に作成。

医療費の動向

- 国民医療費は、この10年間で上昇している。
- 他方、国民医療費対GDP比は、近年安定している。

医療費の動向



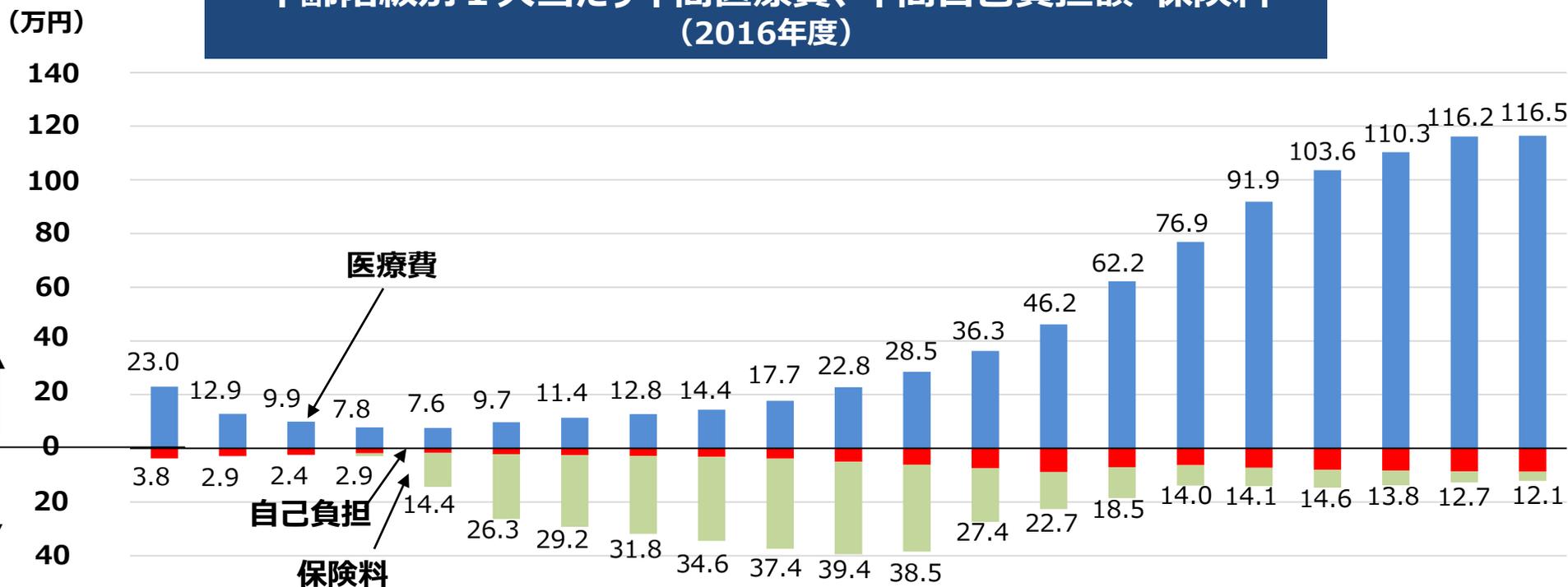
(注) 2018年度の国民医療費は実績見込み、2018年度の国内総生産（GDP）は速報値。

(出所) 厚生労働省「国民医療費」、内閣府「国民経済計算」、厚生労働省資料を基に作成。

年齢階級別 1人当たり年間医療費、年間自己負担額・保険料

- 1人当たり年間医療費は高齢者ほど増加。
- 1人当たり年間自己負担額・保険料は、50代にかけて増加し、それ以降は低下。主な要因は保険料負担の差。

年齢階級別 1人当たり年間医療費、年間自己負担額・保険料 (2016年度)



自己負担	1.8	1.7	2.2	2.5	2.9	3.2	3.9	5.0	6.1	7.5	8.8	7.1	6.3	7.3	8.0	8.3	8.6	8.7
保険料	1.1	12.7	24.1	26.7	28.9	31.3	33.5	34.4	32.4	19.9	13.8	11.4	7.6	6.8	6.6	5.5	4.1	3.4

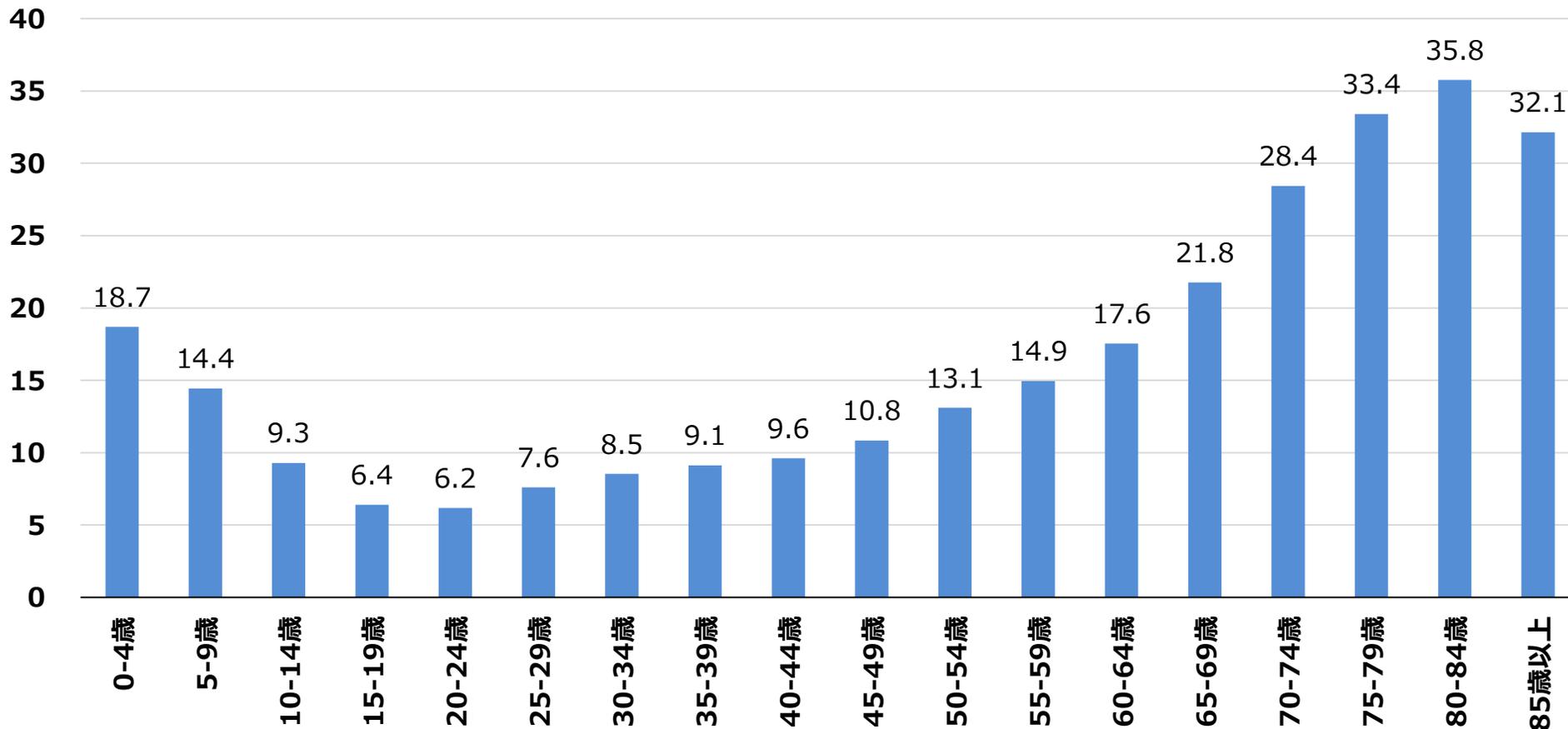
0-4歳 5-9歳 10-14歳 15-19歳 20-24歳 25-29歳 30-34歳 35-39歳 40-44歳 45-49歳 50-54歳 55-59歳 60-64歳 65-69歳 70-74歳 75-79歳 80-84歳 85-89歳 90-94歳 95-99歳 100歳以上

年齢階級別 1人当たり年間外来受診回数

○ 1人当たり年間外来受診回数は、高齢者ほど増加。

年齢階級別 1人当たり年間外来受診回数
(医科・歯科、2016年度)

1人当たり年間
外来受診回数(回)

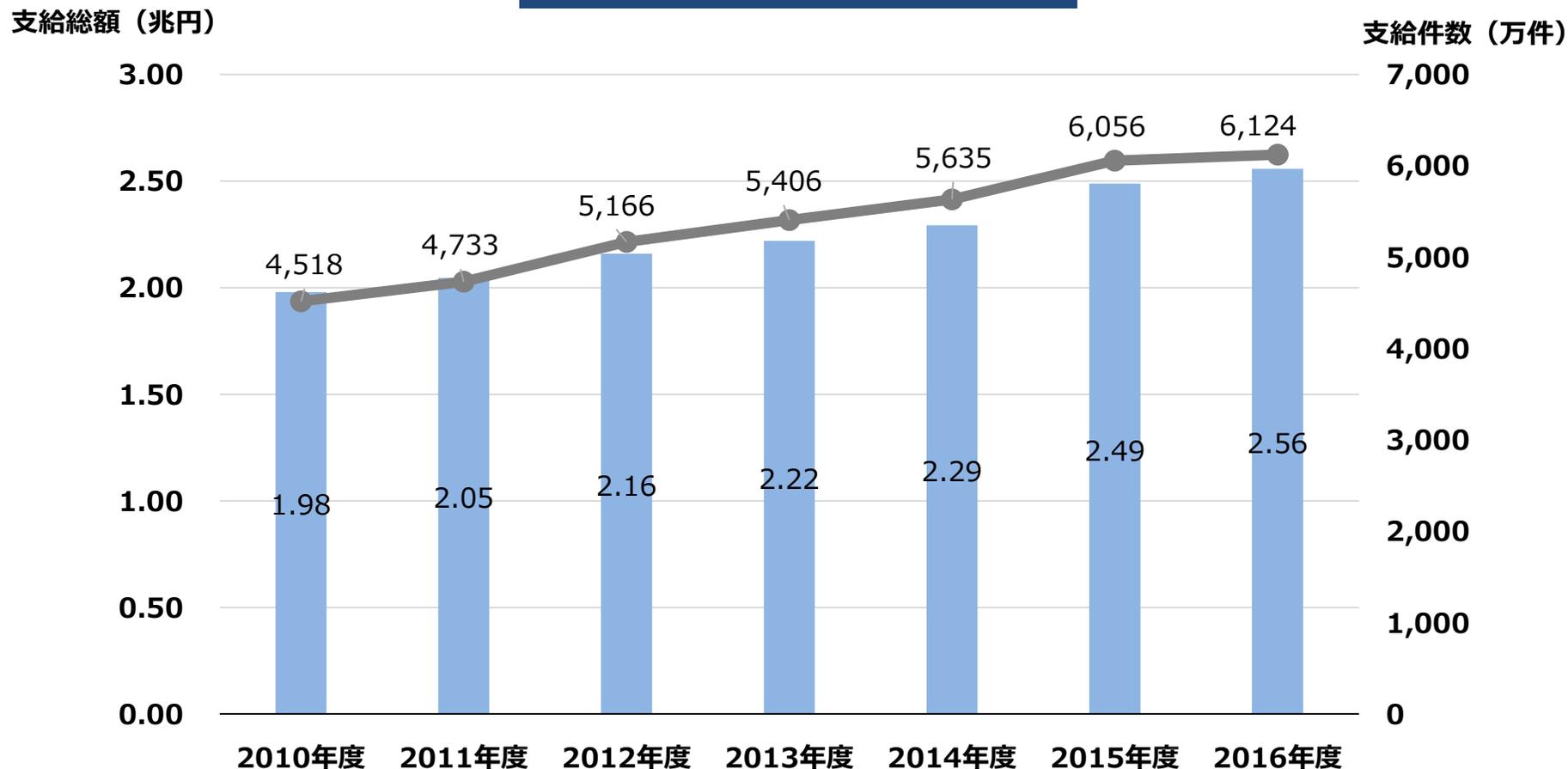


(出所) 厚生労働省「医療保険に関する基礎資料」(2016年度)を基に作成。

高額療養費の推移

○ 高額療養費（1ヶ月の医療費に窓口負担割合を乗じた額が上限額を超えた場合に、その超えた分を払い戻す制度。）は金額、件数ともに増加。

高額療養費の推移



（出所）厚生労働省「医療保険に関する基礎資料」（2016年度）を基に作成。

窓口負担割合及び高額療養費自己負担限度額

○ 高額療養費制度は、1ヶ月の医療費に窓口負担割合を乗じた額が上限額を超えた場合に、その超えた分を払い戻す制度。

70歳未満	年収約1,160万円～ 健保：標報83万円以上／国保：旧ただし書き所得901万円超	窓口負担割合	月単位の上限額（円）	
			252,600 + (医療費 - 842,000) × 1% <多数回該当：140,100>	
70歳未満	年収約770～約1,160万円 健保：標報53万～79万円／国保：旧ただし書き所得600万～901万円	3割	167,400 + (医療費 - 558,000) × 1% <多数回該当：93,000>	
	年収約370～約770万円 健保：標報28万～50万円／国保：旧ただし書き所得210万～600万円		80,100 + (医療費 - 267,000) × 1% <多数回該当：44,400>	
	～年収約370万円 健保：標報26万円以下／国保：旧ただし書き所得210万円以下		57,600 <多数回該当：44,400>	
	住民税非課税		35,400 <多数回該当：24,600>	
	住民税非課税		35,400 <多数回該当：24,600>	
70歳以上	年収約1,160万円～ 健保：標報83万円以上／国保・後期：課税所得690万円以上	3割	外来（個人ごと） 上限額（世帯ごと）	
			252,600 + (医療費 - 842,000) × 1% <多数回該当：140,100>	
			167,400 + (医療費 - 558,000) × 1% <多数回該当：93,000>	
	年収約770～約1,160万円 健保：標報53万～79万円／国保・後期：課税所得380万円以上	3割	80,100 + (医療費 - 267,000) × 1% <多数回該当：44,400>	
			80,100 + (医療費 - 267,000) × 1% <多数回該当：44,400>	
	～年収約370万円 健保：標報26万円以下(※1) ／国保・後期：課税所得145万円未満(※1)(※2)	70-74歳 2割	18,000 (年14.4万円(※3))	57,600 <多数回該当：44,400>
75歳以上 1割		8,000	24,600	
			15,000	
住民税非課税	75歳以上 1割	8,000	24,600	
住民税非課税（所得が一定以下）			15,000	

※1 収入の合計額が520万円未満（1人世帯の場合は383万円未満）の場合も含む。

※2 旧ただし書き所得の合計額が210万円以下の場合も含む。

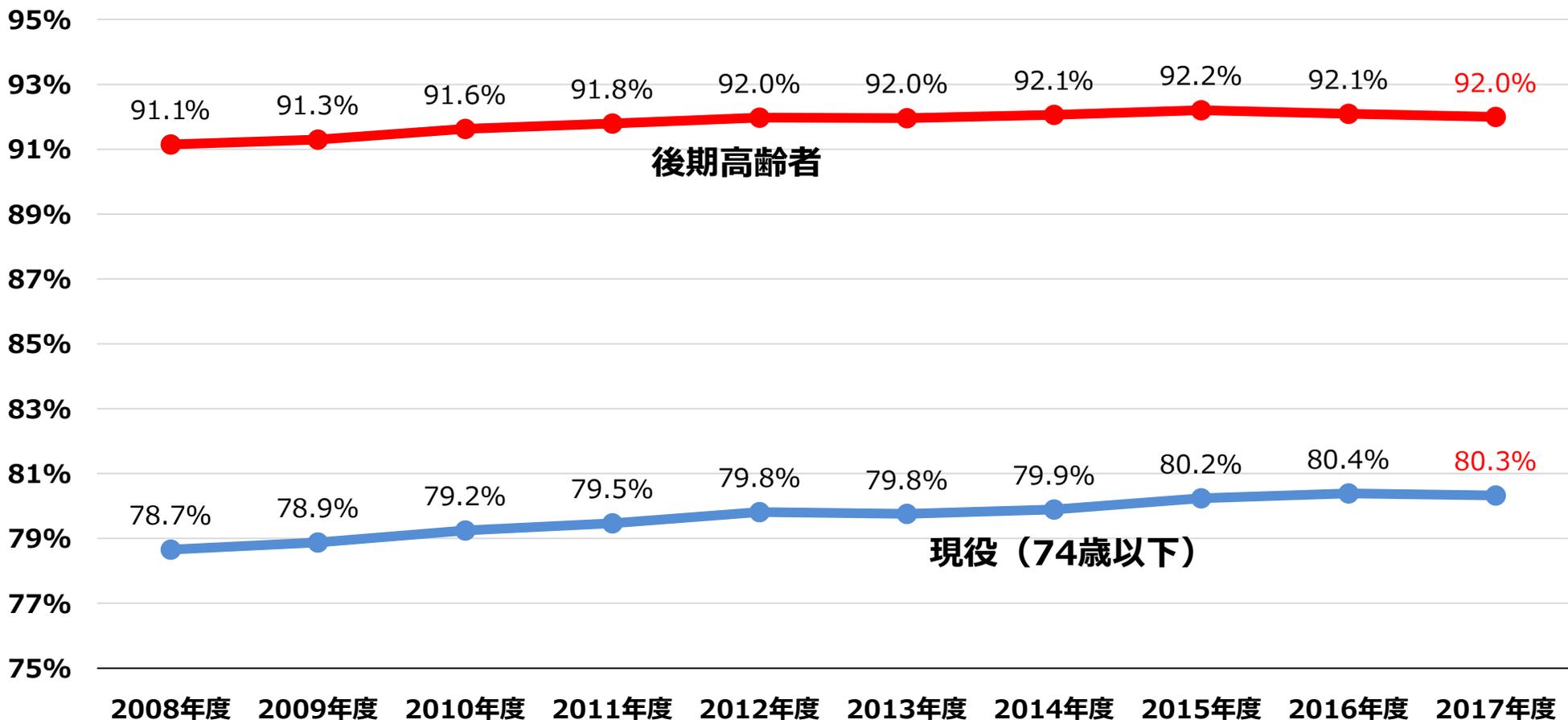
※3 1年間のうち一般区分又は住民税非課税区分であった月の外来の自己負担額の合計額について、14.4万円の上限を設ける。

実効給付率の推移

○ 後期高齢者に対する実効給付率（医療費のうち、公的保険の給付でカバーされる範囲）は92%、現役（74歳以下）の実効給付率は80%。

実効給付率の推移

実効給付率（%）



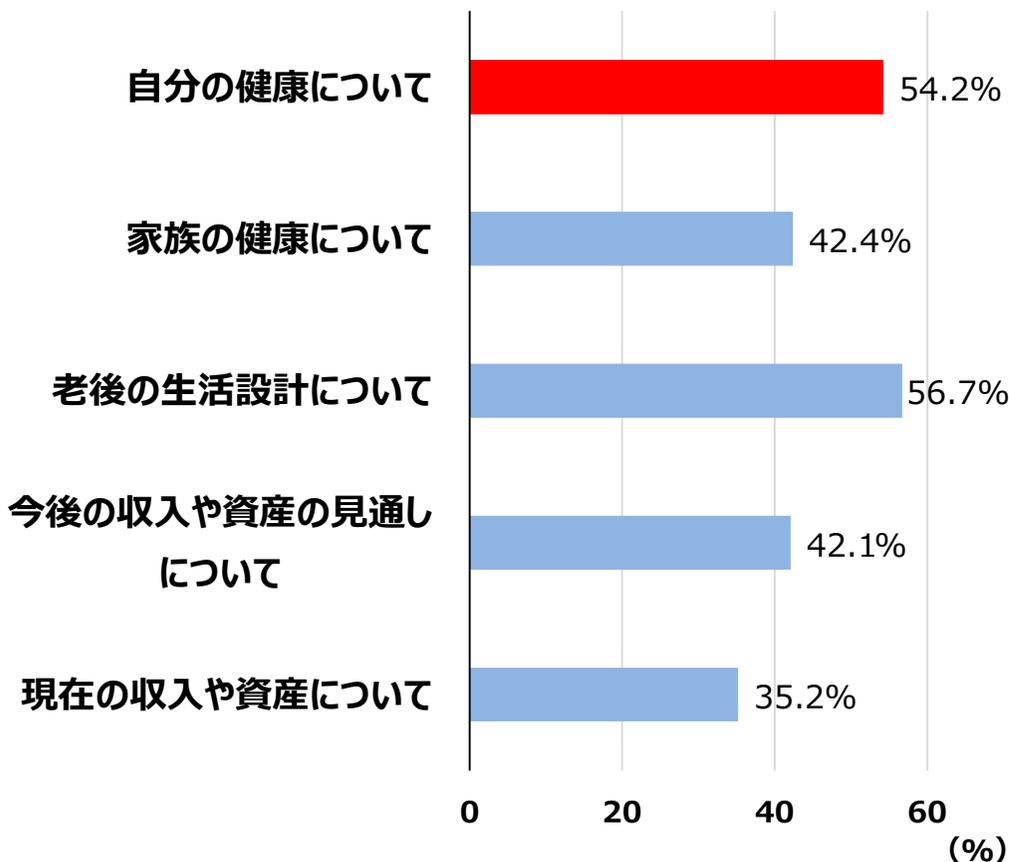
(注) 公費による自己負担の軽減は含んでいない。

(出所) 各制度の事業年報等を基に作成。

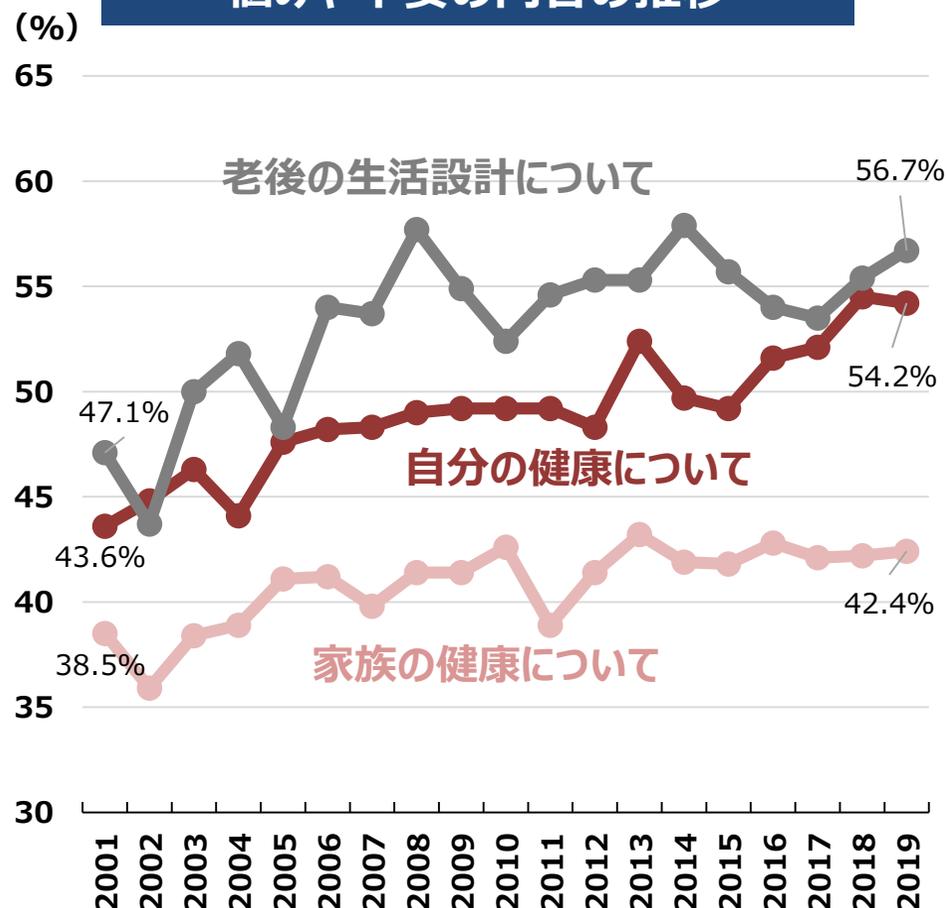
世論調査における国民の悩みや不安

○ 国民の感じる「悩みや不安」として、半数以上が「自分の健康」と回答しており、「老後の生活設計」の不安に比して、近年、その割合が上昇している。

悩みや不安の内容（複数回答）



悩みや不安の内容の推移



(出所) 内閣府 (2019年) 「令和元年度 国民生活に関する世論調査」を基に作成。

母集団：全国18歳以上※の日本国籍を有する者、標本数：10,000人、「悩みや不安がある」と回答した者：3,469人（令和元年調査）

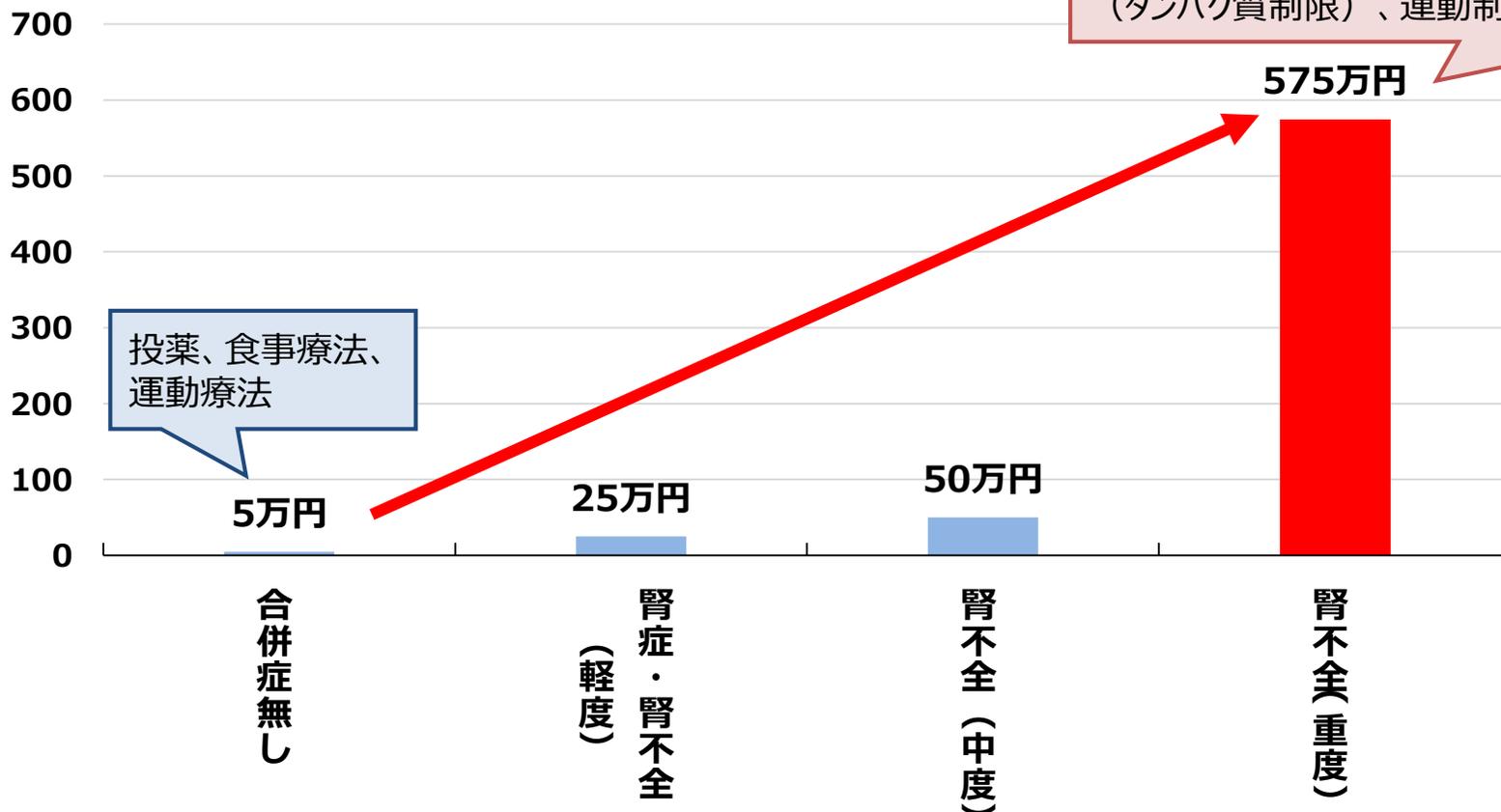
※平成27年調査以前は、全国20歳以上が対象。

生活習慣病における早期予防の重要性

○ 糖尿病患者の年間医療費は、重症化が進むにしたがって急増。早期介入を通じた重症化予防が重要。

糖尿病患者 1 人当たりの年間医療費（広島県）

(万円/人・年)



<年金>

- ①受給開始時期の弾力化のあり方
- ②厚生年金(被用者保険)の適用範囲のあり方(中小企業の生産性向上への支援)
- ③在職老齢年金制度のあり方(就労意欲への影響、年金財政への影響、就労可能でない者との公平性)

<労働>

- ①70歳までの就業機会確保についての法制のあり方
(多様なニーズに対応し得る環境整備、同一労働同一賃金の実施や安全・健康の確保等の土台作り、リカレント教育の促進、労働者のキャリア意識の醸成等)
- ②大企業に対する中途採用・経験者採用比率の情報公開関連法制のあり方
- ③兼業・副業を進める上での課題のあり方、労働時間管理のあり方
- ④フリーランスなど、雇用によらない働き方の保護のあり方

<医療>

- ①大きなリスクをしっかりと支えられる公的保険制度のあり方
(後期高齢者の自己負担割合のあり方、外来受診時の定額負担のあり方、市販品類似薬の保険上の取扱い)
- ②医療提供体制の改革

<予防・介護>

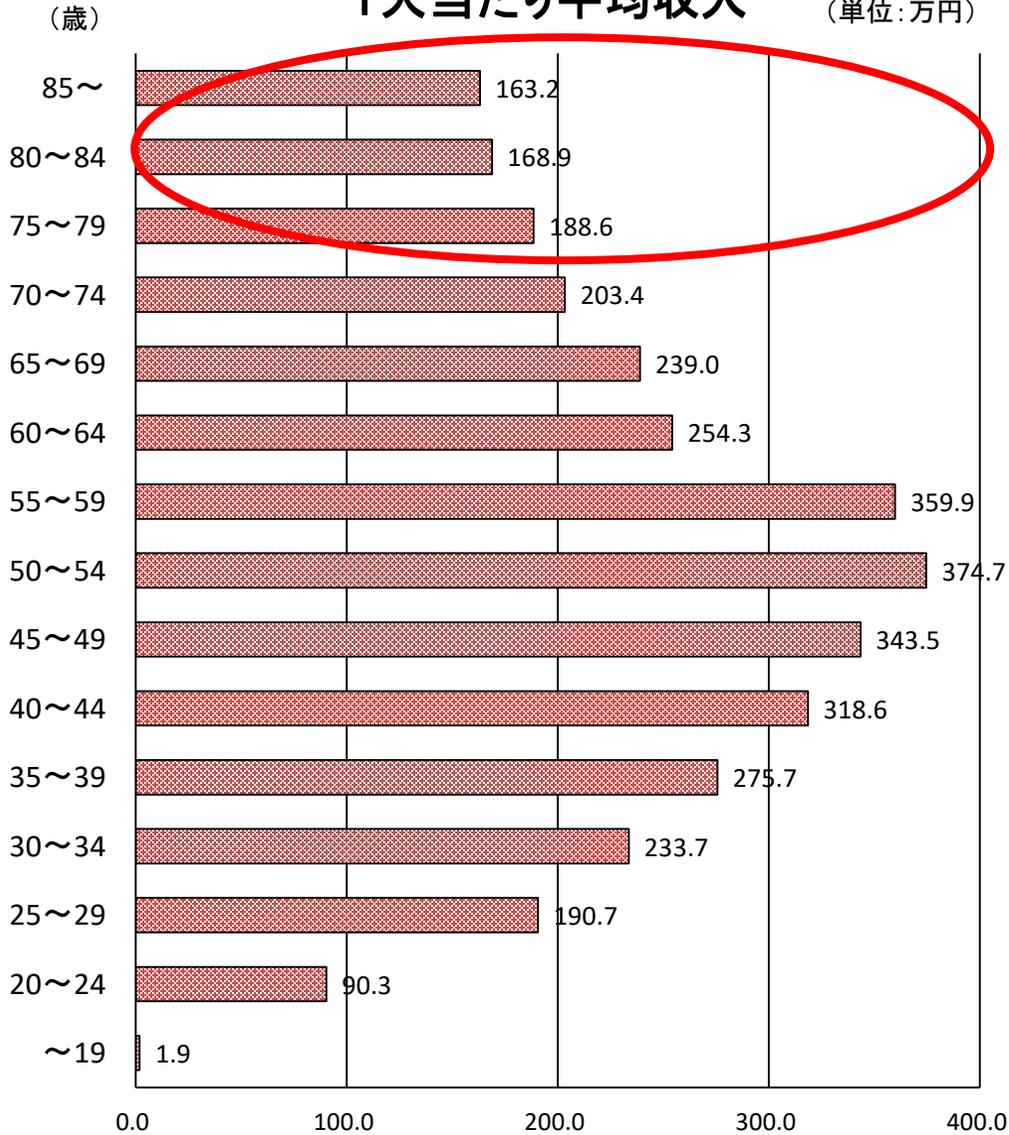
- ①保険者インセンティブの強化、データ利活用、健康経営等を通じた健康寿命の延伸のあり方
- ②介護現場の生産性向上支援のあり方、介護従事者の確保のあり方

全世代型社会保障改革について

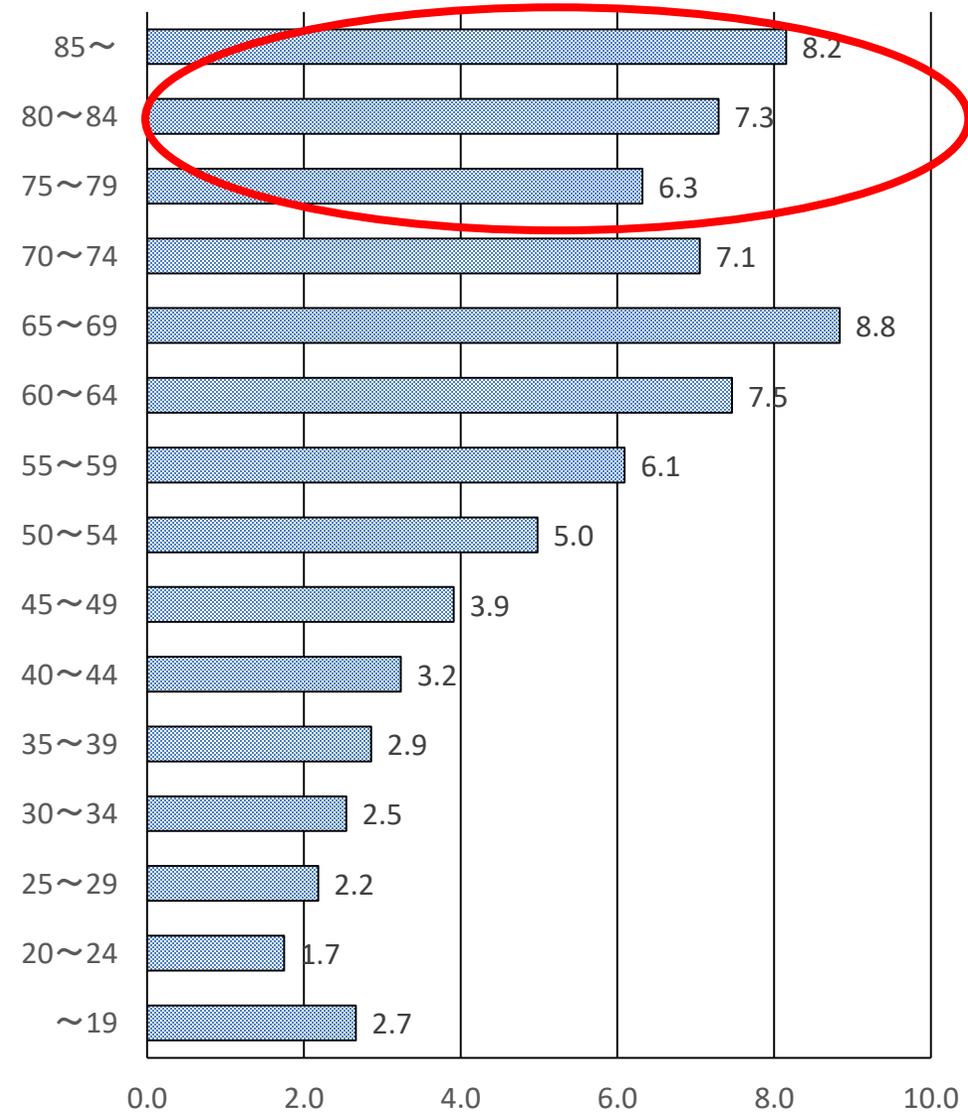
令和元年11月26日
国立社会保障・人口問題研究所所長
遠藤 久夫

年齢階級別の1人当たり平均収入・医療費自己負担

1人当たり平均収入 (単位:万円)



医療費自己負担(年額) (単位:万円)



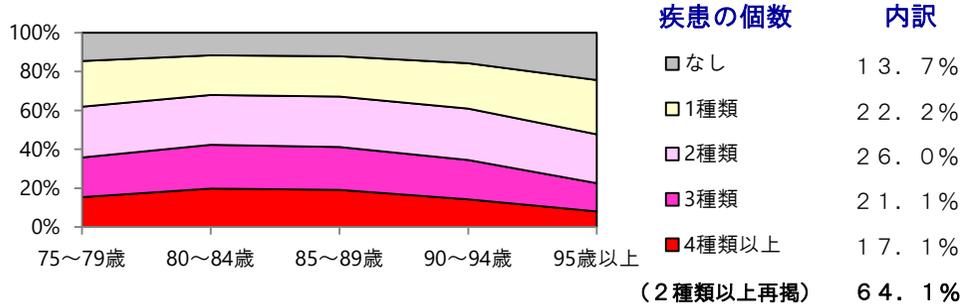
※ 平成30年10月10日社会保障審議会医療保険部会資料を基に作成
 ※ 一人当たり平均収入額は、平成28年国民生活基礎調査(抽出調査)による平成27年の数値

出典:医療保険に関する基礎資料~平成28年度の医療費等の状況~

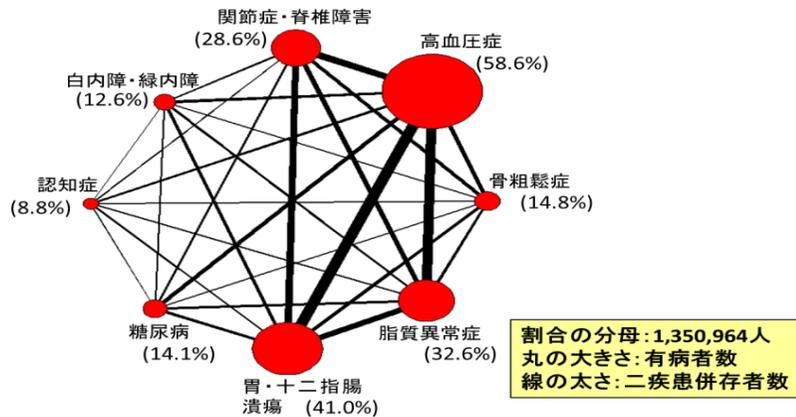
後期高齢者の多病の状況と外来受療状況

【多病の状況】

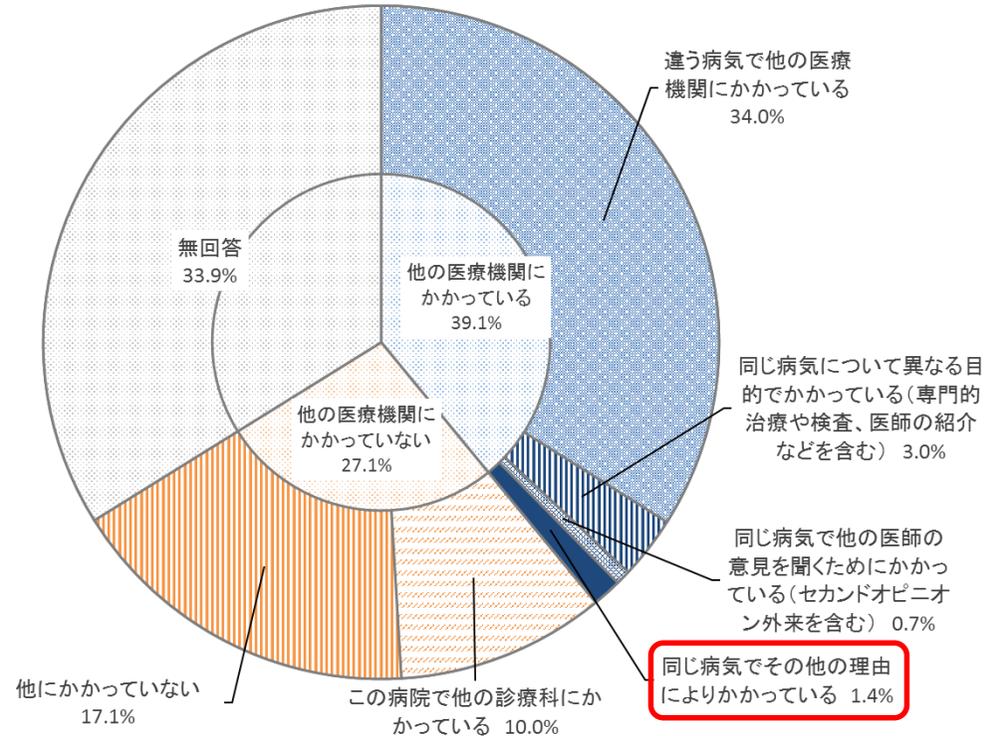
- 慢性疾患8種類の一人あたりの保有個数の内訳
慢性疾患を2種類以上抱える者は80歳代で最も多く、その後は減少する



- 疾患併存の頻度(ネットワーク分析)
内科系疾患(高血圧症・脂質異常症・胃・十二指腸潰瘍)の他、筋骨格系疾患の併存も多い



【75歳以上外来患者の受療状況】



出典: 厚生労働省「受療行動調査(平成20年)」

※平成28年7月14日社会保障審議会医療保険部会資料を基に作成
分析の前提: 東京都後期高齢者医療の平成25年9月から平成26年7月の外来レセプトから、「レセプト病名あり」かつ「対象医薬品処方あり」の医科及び調剤レセプトを抽出して分析。
出典: 「東京都後期高齢者医療にかかる医療費分析結果報告書」東京都後期高齢者医療広域連合(東京都健康長寿医療センター取りまとめ)

全世代型社会保障制度に向けて

2019年11月26日

全世代型社会保障検討会議

日本総合研究所 翁百合

全世代が安心して人生100年を送るには

「団塊の世代」が後期高齢者になる前のいま

- ①技術革新の実装とデータ利活用推進
- ②高齢者就労の環境整備
- ③給付と負担の見直し

を**一体で実現**すべき

技術革新の実装とデータ利活用推進

- 医療の質の向上と健康寿命延伸
- 医師の働き方改革
- 保険者のレセプト分析による重複受診・重複投薬是正指導
- 介護サービスの生産性向上
- 高齢者自立支援

などの実現に必要な

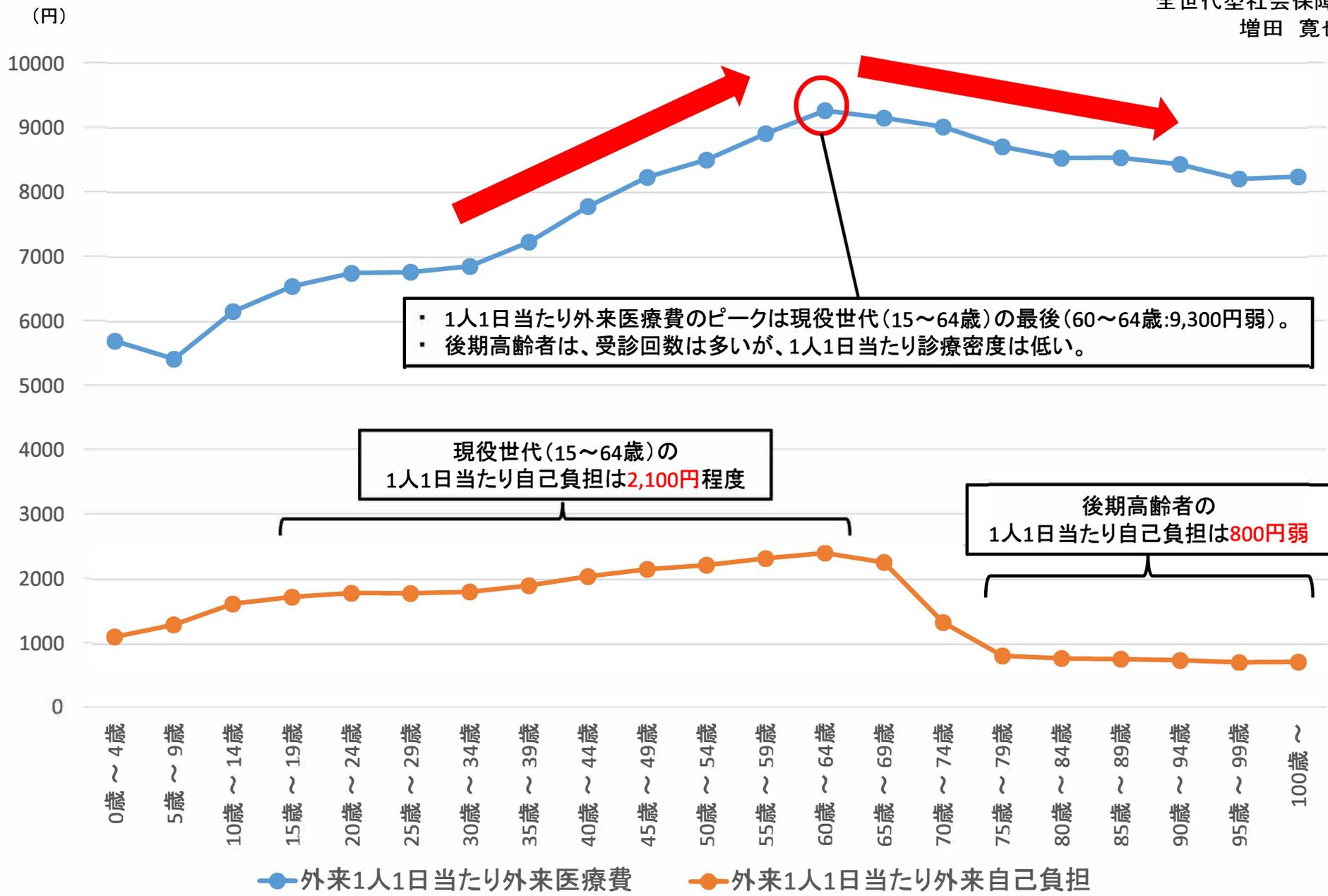
高齢者就労の環境整備

- 高齢者が生きがいを持ち**社会の支え手**になること
 - 高齢者にとっても社会にとっても重要
- 年金改革・健康寿命延伸とともに推進**

給付と負担の見直し

- 高齢化のもとでの**国民皆保険制度の維持**を担保
- 負担割合を年齢で区切らず**応能負担**を徹底
 - ✓ 75歳以上の方も負担できる人は2割を負担
- 医療**高度化の財源を全世代で**少しずつ負担
 - ✓ 広く薄い負担
 - ✓ 保険給付範囲見直し
 - ✓ 個別の給付率調整

年齢階級別の1人1日当たりの外来医療費・自己負担額



・ 1人1日当たり外来医療費のピークは現役世代(15～64歳)の最後(60～64歳:9,300円弱)。
 ・ 後期高齢者は、受診回数が多いが、1人1日当たり診療密度は低い。

現役世代(15～64歳)の
 1人1日当たり自己負担は2,100円程度

後期高齢者の
 1人1日当たり自己負担は800円弱

出典:厚生労働省「医療保険に関する基礎資料 ～平成28年度の医療費等の状況～」より作成

全世代型社会保障検討会議（第4回）

議事録

（開催要領）

1. 開催日時：令和元年11月26日（火）17:15～18:08

2. 場所：官邸4階大会議室

3. 出席者：

議長	安倍 晋三	内閣総理大臣
議長代理	西村 康稔	全世代型社会保障改革担当大臣
構成員	麻生 太郎	副総理 兼 財務大臣
	菅 義偉	内閣官房長官
	高市 早苗	総務大臣
	加藤 勝信	厚生労働大臣
	梶山 弘志	経済産業大臣
	遠藤 久夫	国立社会保障・人口問題研究所所長
	翁 百合	株式会社日本総合研究所理事長
	鎌田 耕一	東洋大学名誉教授
	櫻田 謙悟	SOMPOホールディングス株式会社 グループCEO 取締役 代表執行役社長
	清家 篤	日本私立学校振興・共済事業団理事長
	中西 宏明	株式会社日立製作所 取締役会長 兼 執行役
	新浪 剛史	サントリーホールディングス株式会社 代表取締役社長
	増田 寛也	東京大学公共政策大学院客員教授
	柳川 範之	東京大学大学院経済学研究科教授

（議事次第）

1. 開会
2. 中間報告に向けた具体論について
3. 閉会

(配布資料)

資料1 基礎資料

資料2 民間議員や有識者等からご指摘いただいた主な論点

資料3 遠藤議員提出資料

資料4 翁議員提出資料

資料5 増田議員提出資料

○西村全世代型社会保障改革担当大臣 それでは、ただいまから、第4回の「全世代型社会保障検討会議」を開催いたします。

本日は、前回までにいただきました民間議員の皆様方、有識者の御意見を踏まえ、年末の中間報告に向けて、具体論について、御議論いただきたいと思っております。

まず事務方から資料を説明させます。

○新原室長代理補 資料1のパワーポイントの表紙をお開けください。データを御紹介します。

1ページからは、年金についてです。国民年金の加入者に雇用されている方が4割おられます。

2ページです。厚生年金ではなく、国民年金に加入している短時間労働者を見ると、いずれの年齢でも女性が多く、男性の中では、就職氷河期の30代が多くなっています。厚生年金の適用拡大は、これらの方々にプラスになります。

3ページです。厚生年金の適用拡大による労働時間に与える影響を見ると、2016年のときは、労働時間を延長した方が労働時間を短縮した方より多くなっています。

4ページです。厚生年金の適用拡大の負担を見るため、週30時間未満のパート労働者の分布を見ると、卸売業・小売業、飲食業などが多くなっています。

5ページからは、高齢者の就労についてです。近年の就業者増の内訳を見ると、男女ともに60歳以上の伸びが著しいことがわかります。

6ページです。高齢者の就労理由を調べると、年齢を経るに従って、お金を得る目的が減少し、生きがい、自分の能力の発揮、社会の一員としての務めを果たすといった理由が圧倒的に増加します。

7ページです。他方で、就業希望の65歳以上が仕事に就けなかった理由の1位は、仕事が見つからなかったからであり、うち半分は、条件にこだわっていないことがわかります。

8ページです。仕事の見つけ方を見ると、20代から40代のインターネット経由やハローワーク経由に比べて、60代の高齢者では、前の職場からの紹介が多く、制度的にもこのルートを拡充する必要性がわかります。

9 ページからは、中途採用・経験者採用に関してです。企業規模が大きくなるに従って、新卒採用への依存度が高くなることがわかります。

10 ページです。このため、転職希望者が企業から欲しい情報は、正規雇用の中途採用実績が多く、特に大企業については、この部分の開示を求めていく必要性がわかります。

11 ページからは、兼業・副業です。許可する予定のない企業が76%を占めます。

14 ページに飛んでいただきたいと思います。企業が兼業・副業を認めていない理由を調査すると、過重労働のおそれ、労働時間の管理・把握が困難が大きくなっています。これらの不安感を払拭できる制度整備が課題です。

15 ページからは、医療です。国民医療費は上昇を続けていますが、対GDP比は、近年、安定しています。

16 ページです。年間の医療費は、高齢者ほど増加していますが、自己負担は、50代にかけて増加し、それ以降は低下していきます。主な理由は、保険料負担の減少です。

17 ページです。1人当たりの外来受診回数は、高齢者ほど増加しています。

20 ページに飛んでいただきたいと思います。医療費のうち、高額療養費制度も含めて、公的保険の給付でカバーされる範囲は、後期高齢者が92%、現役世代が80%になっています。

21 ページは、予防についてです。世論調査では、悩みや不安として、半数以上が自分の健康を挙げています。

別紙の資料2のパワーポイントを御覧いただきたいと思います。1枚紙です。

これまで民間議員やヒアリングでお越しいただいた方からいただいた主な論点です。

年金については、受給開始時期の弾力化、厚生年金の適用範囲のあり方、この点については、中小企業の負担との関係、生産性向上との関係の御意見がありました。在職老齢年金制度のあり方について、この点については、就労意欲への影響は少ないのではないかと、年金財政への影響がある、就労可能ではない者との公平性の問題があるといった御意見がありました。

労働については、70歳までの就業機会確保法制について、多様なニーズへの対応が必要である、高齢者向けの安全・健康の職場環境の確保、労働者のキャリア意識の醸成といった御意見がありました。さらに大企業に対する経験者採用比率の情報公開、兼業・副業を進める上での労働時間管理のあり方、フリーランスなど、雇用によらない働き方の問題提起がありました。

医療については、公的保険制度について、後期高齢者の自己負担割合、外来受診時の定額負担など、さらには地域も含めた医療提供体制の改革について、御意見がありました。

予防・介護については、保険者インセンティブの強化、介護現場の生産性向上について、御意見がありました。

以上でございます。

○西村全世代型社会保障改革担当大臣 それでは、民間議員の皆様から、御発言をいただきたいと思えます。

50音順で御指名させていただきます。

まず遠藤議員、お願いいたします。

○遠藤議員 遠藤でございます。

本日は、医療に絞ってお話しをさせていただきます。国民の立場からいたしますと、お金の問題の前に、まず受け入れられる医療の中身が大切であると思えます。地元で医師がいるのか、救急医療が大丈夫なのかなどの疑問に答えられるようにすることが極めて重要です。地域医療構想の実現など、医療提供体制の改革の具体的な方向性を示していくことが重要で、医療のあるべき姿を提示していく中で、給付と負担の見直しを進めていくことが、国民の納得を得る筋道だと考えます。

医療保険部会では、今年6月の骨太方針に従って、来年夏に向けて議論を進めることとされています。国民、保険者、事業者それぞれに考えがありまして、コンセンサスを得ることが容易ではないと実感しております。まずどのような選択肢があるのか、国民の生活にどのような影響を生じさせるのか、データに基づいた具体的な議論を行い、関係者全員がなるほど、仕方がないと納得するようなプロセスがどうしても必要だと思えます。

現役世代の負担軽減のために、高齢者の窓口負担については、見直しが必要であろうと考えますが、高齢者は現役世代と比較して、所得が低い、医療の必要性が高い、年齢とともに窓口負担が高くなるなどの特徴があるため、所得によるアクセスの不平等が生じないよう、配慮することが必要です。

実際、私の提出させていただきました資料3の1ページにあるように、75歳以上の平均年収は、70歳から74歳よりも低く、さらに年齢とともに低下していきます。他方、自己負担は、自己負担割合が2割である70歳から74歳の年平均の自己負担額は7.1万円であるのに対して、80歳以上になりますと、自己負担割合が1割であっても、年平均の自己負担額は、70歳から74歳の自己負担を超えております。こうした事実を踏まえまして、一律に2割負担に移行するのではなく、高齢者の生活への影響などを丁寧に検証しながら対応していくことが必要だと思えます。

我が国の医療保険は、リスク全般について、まず定率負担を課して、大きなリスクが生じた場合には、高額療養費制度で対応する、このような形で成り立っております。この定率負担について、最大でも3割とすることを法律で定められております。受診時定額負担を導入することを考えるのであれば、まずこの定率負担との関係をどう考えるのか、どういう医療を目指して、定額負担を課すのか、その意味づけはどうか、こういった基本的な考え方を整理することが重要だと思えます。

受診回数につきましても、提出資料の2ページにありますように、高齢者は、複数の疾病にかかっておりまして、やむを得ず受診をしているケースが大半だと思えます。患者の希望ではなく、むしろ医師の指示や医療上の必要性から受診しているのであれば、全く新

しい仕組みにより、必要な受診が抑制されないか、あるいは低所得者や受診回数の多い高齢者に与える影響など、よく見きわめつつ、慎重な議論をしていく必要があると思います。これらの整理なしでは、単なる財政論による見直しと受けとめられて、国民の理解が得られない可能性があると思います。

私自身、長らく患者負担の見直しにかかわってきましたが、毎回、合意に至り、成案を得るまでには、政府・与党においてさまざまな議論があり、紆余曲折を経て、ようやく実施されてきたと思います。例えば高齢者の患者負担を引き上げた平成18年改正では、社会保障審議会でも二十数回に及ぶ議論が行われていました、特に成案に至るまでの半年間は、審議会でも、さらには与党でも激しい議論があったと記憶しております。

しかし、こうしたプロセスが痛みを伴う改革にはどうしても必要だと思います。改革案の中身とともに、国民の理解と納得を得るプロセスを十分に考えることが大切なポイントだと考えます。いずれにいたしましても、国民の安心を確保しながら、我が国が世界に誇る国民皆保険制度を次世代に引き継ぐためには、議論を進めていただきたいと思います。

以上でございます。

○西村全世代型社会保障改革担当大臣 ありがとうございます。

続いて、翁議員、お願いいたします。

○翁議員 私は、資料4で要約をお示ししております。

2ページ目でございますが、現在、多くの国民は、社会保障制度が持続可能か、将来不安を持っております。今回の社会保障改革は、若年層、子育て世代も含め、全世代が安心して人生100年を送れることを目指すべきだと思っております。人口動態の変化で、社会保障を支える人と金が不足する懸念が大きいですが、団塊の世代が後期高齢者になる目の今、ここに3つ書きましたが、技術革新の実装とデータ利活用の推進、高齢者就労の環境整備、そして、給付と負担の見直しを全体として実現することが鍵だと思っております。

次のページになりますが、技術革新の実装とデータ利活用に関しましては、いろいろなことが可能になってくると考えております。未来投資会議でも議論しておりますが、医療の質の向上と健康寿命の延伸、医師の働き方改革、保険者のレセプト分析による重複受診・重複投薬の是正指導、介護サービスの生産性向上、高齢者の自立支援など、さまざまな課題解決に貢献すると考えておりますので、これを一層進めるべきと考えております。

4ページでございますが、高齢者就労の環境整備は非常に重要だと思っております。高齢者のライフスタイルは多様でございますので、その多様な就労が可能になる環境整備が必要でございます。社会の支え手となることが、高齢者本人の生きがいにもつながりますし、また、社会保障の持続のためにも重要だと思っております。

そのためにも、人生で二毛作がしやすいように、企業の中途採用方針の開示なども進める必要がございますし、そういった人材の流動化策やリカレント教育なども進める必要があると思います。多様でより長く働くライフスタイルに合った厚生年金の適用範囲拡大などの年金改革や、健康寿命延伸も同時に進めていくことが必要だと思っております。

次のページは、特に医療の給付と負担の見直しでございます。その目的は、高齢化のもとで国民皆保険制度を維持することと明確化すべきだと思います。医療費の増加の原因は、高齢化と医療の高度化でございます。

これら2つの観点から見ますと、まず高齢化の観点は、2つ目のポツですが、負担割合を年齢で区切らず、応能負担を徹底することだと思っております。具体的には、低所得の方には配慮しつつ、75歳以上の方は、窓口2割自己負担をしていくことを提案いたします。長年の議論に結論を出すときでございますして、後期高齢者の急増前に、今のタイミングを先送りはできないと考えます。

第2の観点は、医療の高度化の取り組みを持続可能にする財源の確保でございます。大きな病気に備えられる皆保険制度の持続には、医療の高度化の恩恵を受ける全世代は、どうやれば広く薄く負担できるかということを考えていく必要があると思っております。広く薄く定額の負担をすることは、有力な一案でありますし、ここに書きましたように、本来、軽微なものについては、例えば市販品類似薬の保険給付範囲の見直しや、効果の小さい薬剤など、個別項目の給付率調整なども検討してはいかかと思っております。給付率調整ができれば、例えば門前薬局の調剤報酬の給付率を下げて、患者の行動を変えるということも可能になると考えております。

以上、医療、年金、労働などに係る改革の全体像を中間報告で示すべきだと思います。

以上でございます。

○西村全世代型社会保障改革担当大臣 ありがとうございます。

続いて、鎌田議員、お願いいたします。

○鎌田議員 鎌田でございます。

私からは、労働に関連して、4点ほど意見を述べたいと思います。

高齢者就業であります、働く意欲のある高齢者が多くなっておりますが、年齢を経るにつれて、そのニーズは多様化していきます。こうした状況を踏まえて、70歳までの就業機会の確保については、雇用によるものだけではなく、雇用によらない働き方も選択肢に位置づけることが検討されています。

審議会においては、選択肢がこれまでより多様なものとなることを踏まえ、労使間での十分な話し合いが行われることなどを重視して、議論が進められております。現場において、実際に取り組みが進むためには、当事者である労使の共通認識が必要ですので、こうした点を含めて、具体策の検討を進めていくことが必要であると考えております。

フリーランスについてです。高齢者の就業の選択肢の1つとして考えられているものの中に、いわゆるフリーランスもあります。こうした労働者に類似した働き方を選ばれた方が安心して働けるよう、その保護のあり方、環境整備についても、しっかり検討を進めていく必要があると思っております。

中途採用についてです。人生100年時代においては、中途採用を通じて、労働者の主体的なキャリア形成が行われ、職業生活のさらなる充実や再チャレンジが可能となる環境整備

が重要です。

その1つとして、企業による中途採用比率の情報公表に向けた法整備と、自主的な公表を促す支援策の組み合わせも有用と思います。現在、審議会でも議論を進めておりますが、労働者と企業のマッチングの促進に役立つ情報が公開されていく必要があると考えております。

最後に、兼業・副業についてですが、兼業・副業をされる方について、どのように労働時間を管理していくかは難しい問題ではありますが、働き過ぎになってはいけないのは、兼業・副業をされていない方と同様です。兼業・副業をする方の健康管理や労災補償を含めて、審議会でも議論を進め、兼業・副業をされる方が安心して働ける環境を整備することが急務と思います。

以上であります。

○西村全世代型社会保障改革担当大臣 ありがとうございます。

櫻田議員、お願いします。

○櫻田議員 ありがとうございます。

私からは、主に年金と医療について、コメントを申し上げたいと思います。

年金につきましては、今後の検討課題を含めて、3点申し上げたいと思います。

1点目、被用者拡大についてであります。本件については、これまでも異論があることは十分に承知しておりますけれども、社会保障の持続性を考えると、これはぜひ進めるべき施策と考えています。

前回の会議でも申し上げましたけれども、この課題に対しましては、事業者は生産性向上で対応するべきだと思っております。とりわけ生産性に関しまして、私は、世界比較において、大企業に問題があると思っております。むしろ大企業がデジタル投資等で付加価値を上げるといった、本質的な生産性向上をいかに図るかという仕組みを徹底的に議論するべきだと、自戒の念を含めて思っているところであります。

また、これまで週20時間から30時間の短期労働者に関して、議論を進めてまいりましたが、一方で、週30時間以上働きながら、なお厚生年金が非適用で国民年金に加入している方が300万人いらっしゃるということについても、今後、ぜひ議論が必要だと思っておりますことを申し上げておきたいと思っております。

2点目は、受給開始年齢の弾力化についてでございますけれども、高齢者が働ける社会の変化を反映した改正ということで、高く評価したいと思います。一方で、現在でも繰り下げ受給制度がございますが、使っている方が2%に満たないという中で、国民にこの制度の内容、あるいは年金の安定性、あるいは持続可能性をしっかりと分かってもらうためにどうするかという制度の周知徹底について、あわせてしっかり検討する必要があると思っております。

3点目は、今回のテーマになっておりませんが、マクロ経済スライドの名目下限措置についてであります。足元、働き手、すなわち、支え手を増やすことで、平均寿命の

延びからくるマイナス幅を抑制でき、結果として、今年度に続き、来年度もマクロ経済スライドをフルに適用できる見込みと認識しております。ただ、将来世代のことを考えますと、未来永劫、このような名目下限措置を残しておくべきかということについては、議論をする余地があるのだろうと思っています。

医療について、2点申し上げたいと思います。

1点目は、現在、自己負担割合の引き上げと、受診時の定額負担が議論されているわけですが、以前に申しましたように、50兆円弱の医療費、そこに国費が10兆円超投入されている、さらにこれが増えていくという規模とスピードを考えると、どちらかを選択するという余裕はなく、当然にして、これはどちらも実行するべきではないかと申し上げておきたいと思います。そして、団塊の世代が2022年度から後期高齢者に突入することを考えると、今回の中間報告に盛り込むべきと思っています。

2点目は、特に自己負担割合の引き上げですけれども、私は、社会保障制度全般を貫く概念として、能力に応じた負担という考え方を強く持っておりまして、医療の自己負担についても、70歳からとか、75歳からといった年齢ではなく、全世代を通じて、例えば資産や所得に応じて、自己負担の割合が決まるという応能主義を徹底するべきではないかと考えている次第であります。

最後に、介護についてであります。

私が申し上げてきた問題意識を論点としてまとめていただいていることは、高く評価したいと思います。年明け以降、具体的な対策や政策について、これから議論できるよう、ぜひ要望したいと思っていますので、よろしく願いいたします。

いずれにしても、若者が希望を持てる、つまり制度の持続性・世代間の不公平感にしっかりと踏み込んだ議論をこれからも進めていただきたいと思います。どうぞよろしくお願いいたします。

○西村全世代型社会保障改革担当大臣 ありがとうございます。

続いて、清家議員、お願いします。

○清家議員 ありがとうございます。

これまでの当会議での議論を通じて、改めて痛感しておりますのは、全世代型社会保障の理念をしっかりと示すことの大切さであります。それは端的に給付も全世代に、また、負担も全世代でということであり、かつて私ども社会保障制度改革国民会議で、全世代型社会保障ということを行ったのは、まさにこの意味でございました。この理念に沿った制度改革として、中間報告に入れるべきと考えることを、以下、申し述べさせていただきます。

若い世代への給付拡大に関しては、幸いなことに、子育て支援の充実など、かなり進んできていると思います。残された課題の1つは、若い世代と高齢世代の老後保障の格差であります。特に団塊ジュニア世代などは、被用者保険に未加入の人も多いわけですし、現在の高齢世代に比べて、老後保障が低下しかねません。その意味で、非正規雇用者にも、

企業規模にかかわらず、被用者保険を適用することとし、それを可能にする中小企業支援策や生産性向上策の具体的設計を図るべきだと思います。

全ての世代で社会保障制度を支えるという点では、社会保障の担い手をふやすことが最も大切であります。今、申しました子育て支援の充実も、出生率を向上させて、将来の担い手を増やすと同時に、女性の就労を促進して、現在の担い手を増やすことに大いに寄与しております。また、高齢者の就労、雇用を促進して、高齢者にも社会保障の支え手になっていただけるようにすることも、極めて大切であります。

それには、公的年金を就労促進型とすることも必要で、繰り下げ受給による給付加算のメリットをもっと周知徹底し、その適用を70歳以上まで延長すべきだと思います。繰り下げ加算によって給付増となるということは、マクロ経済スライド制による制度の財政的持続可能性向上と、個人の高齢期の生活水準維持を両立させることとなります。その際、繰り下げ受給のメリットを減殺することにもなる在職老齢年金制度は、政策の整合性をとるためにも、継続的に見直していくべきと思っております。

高齢者を支え手とすることを可能とするためにも、高齢期の健康寿命を伸長するための予防医療の充実は大切であります。また、定年の65歳への延長や65歳以上の柔軟な働き方の推進など、高齢期の雇用を促進するための働き方改革もあわせて実施する必要がございます。

全ての世代で社会保障を支える観点から、世代間での負担の平準化も必要です。特に医療面において、給付に関しては、社会保障制度改革国民会議の提言に基づき、プログラム法によって、提供体制の見直しも進められております。一方で、2025年に向けての現役世代の負担増を考えると、75歳以上の人たちも2割の窓口負担を原則とし、それに伴う低所得者対策等の具体的設計を行うべきときに来ていると思っております。

以上、申し上げましたようなことを中間報告に含めるべきであると考えております。ありがとうございました。

○西村全世代型社会保障改革担当大臣 ありがとうございます。

続いて、中西議員、お願いいたします。

○中西議員 私の考え方も今まで皆さんがおっしゃられたことと大体同じでございますけれども、そもそもこの検討会議のゴールは、2つある。1つは、どちらかというところ、高齢者に偏っている給付を見直して、若い現役世代の負担を和らげて、先々の見通しを明るくする、これが第一です。それに伴って、持続可能な財政健全化を図っていく。この2つの具体的な道筋をつけることが、この検討会議の目的でございますので、ここに挙がっている項目の是非だけを論じてはいけなくて、全体パッケージ、1つとして考えていくべきだということだと思います。

働き方、年金、医療、予防、介護、これは全部一体で、1つの全体パッケージとしてやっていくことが非常に重要であると思っておりますし、そのために、ここに挙がってきた具体策というのは、これはいいけれども、これはまずいと、一つ一つ場当たりにはするのではなく

て、メリット・デメリットをよく検討しなければいけませんけれども、全て進めていくべき項目ではないかと思えます。

企業からすると、まず働き方についていえば、高齢者の就業機会をどういう形で膨らませられるか、制度の問題もさることながら、今、ちょうど企業が経済の構造変化を踏まえて、多様な働き方を可能にするように、働き方改革の新しいあり方を検討している最中です。その中の一項目として、高齢者もきちっと捉えて、自社の事業環境に合った形になるでしょうけれども、そういう設計をしていくべきだ、見直しをしていくべきだということだと思えます。

年金の受給開始時期の弾力化というのは、当然やっていくべきことだと思えますし、厚生年金の適用範囲の拡大について、中小企業の方々は、大分抵抗感を示されましたけれども、同じような働く環境の中で、中小企業で働いている方だけがデメリットがあるという制度は、やはりおかしい。これは拡大していくべきだと思えます。医療についても、既に皆さん方がおっしゃっていますけれども、現役世代の負担は重いと思えます。そういう意味で、これも、括弧内の3つそろって、全部やるべきだというのが、私の主張でございます。

そういうことで、経団連のPRをさせていただきますと、この辺の話は、11月19日に経済成長・財政・社会保障の一体改革による安心の確保に向けてということで、経済構造改革に関する提言として、公表いたしました。全部書いてありますので、これを強力にこの会議の結論として反映していただければと思っております。

ありがとうございました。

○西村全世代型社会保障改革担当大臣 ありがとうございます。

新浪議員、お願いいたします。

○新浪議員 ありがとうございます。

本検討会議の初回から申し上げていますが、社会保障制度を持続的なものにするためには、経済の好循環を続けていかなければならず、それを伴った改革とすべきであるということを、再度、申し上げたいと思えます。

そして、国民の皆さんに将来の生活の安心感を提供する、そういう改革となるべく、本中間報告においては、先ほど中西議員からもありましたように、年金、働き方、健康予防、医療・介護のあり方について、一体パッケージで改革の方向性を決定し、国民の皆さんに社会保障改革の全体像を示すべきではないかと思えます。

具体的には、「インセンティブの抜本的な強化による健康予防の充実」「働きたい人が働き続けられる環境の提供」すなわち、「年金支給開始年齢の弾力化」や「高齢者の働きたい人たちが雇用されるような充実した仕組み」「兼業・副業もできるような環境の整備」また、「将来生活を支える安心感となる厚生年金の適用範囲の拡大」、若い人たちは、厚生年金に入りたいという方々が結構おられますので、この適用の範囲を拡大すべきだと思えます。そして、生活困窮者に配慮した上で、「高齢者の方々の医療の窓口負担の見直し」

について、現役世代の負担を軽減させるという観点で見直すべきです。現役世代が後期高齢者の負担金等で、今後も負担がどんどん増えていくのではないかと、それがゆえに、消費傾向が非常に厳しくなっている。そういった意味で、保険料負担感の軽減へつなげ、若い人たちに可処分所得が増えていくと思ってもらえるようにすることが必要だと思います。再度、申し上げますが、ぜひこれらを一体で決定し、実行していくべきだと思います。

そして、終末期のあり方なども含めて、人生100年、自分たちがどうやって考えて選べるか、こういう社会をつくっていくべきではないか。その結果として、経済の好循環が続いていく、これを目指すべきだと思います。

先ほど櫻田議員からもございましたが、働き手の拡大とともに、応能負担の拡大はしっかりと進めるべきではないかと思えます。この点については、議員の皆さんも同意されていると思えますが、具体的に応能負担を実現させるためには、もう一歩踏み込んで、マイナンバーの制度の活用が必要なのではないかと。ぜひとも中間報告の段階で、基本的考え方として、それを盛り込んでいただきたいと思えます。

さて、新たな負担が生じるのは、中小企業でございます。櫻田議員からも生産性の向上というお話がございました。中小企業にとって必要なのは、有能な人材が供給されることだと思います。それを実現できれば、中小企業が最も苦しんでいる人手不足と後継者不足への有効な打開策となるのではないかと思えます。

そのために、一助となるのは、先ほど新原さんからもありましたが、大企業に新卒・中途採用の比率の情報開示を求めるのは、いいアイデアではないかと思えます。その際には、より実態が明らかになるように、例えば年齢別、管理職階層別など、情報を少し細かく出すように、企業に働きかけてはいかかと思えます。そして、大企業の中途採用が拡大すれば、おのずと大企業から中小企業に移動する人材も出てくる、こういう体制づくりが必要なのではないかと思えます。

これまで何度か申し上げましたけれども、第二地銀あたりには、人材もたくさんおられますから、地銀から地域の中小企業への出資規制の緩和と合わせて、第二地銀がより地域の経済に役立てる人材育成、人材提供ができるようなしくみを考えてみたらどうかと思えます。

また、大企業の人材を、受け入れのための一定の教育訓練を行った上で、中小企業に人材供給を行うとともに、投資を行うファンドを考えてはどうか。これを例えば政府系金融機関を中心に創設して、大企業から人材を受け入れる中小企業を応援する、こういうことも考えてはどうかと思えます。

○西村全世代型社会保障改革担当大臣 ありがとうございます。

続いて、増田議員、どうぞ。

○増田議員 ありがとうございます。

私も皆さんと同じでございまして、こちらの論点ペーパーに論点は出尽くしてしまっていて、年金・医療といった主要分野の具体策を来月まとめる中間報告に、パッケージとして、一

体として示すことが重要だと思っております。

医療について申し上げますと、被用者保険の適用拡大にあわせて、後期高齢者の自己負担割合の2割引き上げ、外来受診時の定額負担についても制度改正を実現して、これは前回も申し上げましたが、その実施を2022年の年初までに確実に間に合わせることを、極めて重要であると考えています。

ここで、お手元に資料5として、1枚、資料を用意してございますので、それを御覧いただきたいと思います。これは事務局の冒頭の説明の基礎資料をもとに作成したもののなのですが、資料5の下に書いてございまして、1回当たりの外来受診の患者負担、現役世代は2,100円、これに対して、後期高齢者は800円弱と大きな差がございまして。後期高齢者の自己負担の低さが、上側に書いてございまして、後期高齢者の1回当たりの診療密度の低さ、単価の低さ、受診回数の多さにつながっている可能性があると思っております。

このように、医師数の少なさに比して多い受診回数というのは、現場の疲弊につながっていくわけでありまして、先ほど議員からも高齢者の生活への影響を丁寧に検証すべきという意見もあったのですが、高齢者の事情を理由に、今、申し上げました問題、つまり1つは世代間の不公平、現役世代の保険料負担増の是正をするという議論を立ちどまらせてしまうとすれば、医療現場の働き手を含む現役世代の立場に沿ったものなのか、このあたりが疑問でありまして、全世代型という、この会議の名称やコンセプトに沿っているのかということにもなりかねないと思っております。

したがって、後期高齢者の自己負担なのですが、前回、こちらで三村会頭もおっしゃっていましたが、原則2割引き上げを中間報告で決めて、これが先決です。その上で、低所得者への配慮、激変緩和のあり方など、具体的な設計を急ぐべきだと考えております。

それから、受診時の定額負担なのですが、前々回、こちらで医師会長にお伺いしたところ、紹介状なく大病院を受診した場合、5,000円の定額負担をとっていますということをお尋ねしたのですが、これは会長からフリーアクセスの濫用なり、アメニティー部分に対応してとっているというお答えがあって、その拡大に賛成というお話がございました。診療所の外来受診を含めて、他の外来受診に、今、申し上げましたフリーアクセスの濫用という、同じ要素が全くないとは考えにくいと思っております。

紹介状というのは、御承知のとおり、3割負担の方では750円、1割負担の方では250円支払えば、診療所でもらえてしまうわけで、昨年行われた医療従事者へのアンケートを拝見したのですが、これは3,300人ほどに聞いたアンケートだったのですが、夜間や休日を中心に、それ以外の時間帯を含めて、不要不急の受診に大変困っている。その適正化策としての受診時定額負担の導入に、開業医の方の8割強、勤務医の方の9割強が賛成を述べておりました。そういう結果もございました。しかも、そのほとんどが、1,000円以上の定額負担への賛成という資料でございました。現場のニーズは確実にあって、政権として、現場の疲弊、現場の声にもぜひ耳を傾けていただく必要があると思っております。

それから、地域医療構想の実現については、現在、厚生労働省、総務省及び地方三団体で協議の場を設けて、議論を進めているところですが、地域医療構想は大変重要なもので、これを確実に進めていかなければいけない。そして、その中で、医療機関のダウンサイジングや統廃合を進めるためにも、思い切った財政措置が必要ではないか。その際、今まである基金への単なる積み増しという、これまでの延長ではなくて、国としての新たな措置を明確にして、公立・公的、民間医療機関が等しく使える仕組みとして、地方自治体、医療機関の背中をしっかりと押せるようにすることが必要だと思います。ぜひ中間報告において、働き方改革と一体で、年金・医療の改革の具体例を示して、制度改革につなげるべきだと考えております。

○西村全世代型社会保障改革担当大臣 ありがとうございます。

柳川議員、お願いします。

○柳川議員 今回の全世代型社会保障検討会議は、古い課題を解決していくことも大事ですけれども、新しい時代に合わせて、全ての世代、特にこれからの世代、未来世代も含めた全ての世代が安心できるような、新しい仕組みや制度を提示していくことが大事だと思っております。

その点で、何人かの議員の方からお話しがありましたけれども、トータルのパッケージを提示していくことが重要です。そのときの重要な柱の1つは、技術革新がこれだけ進んでいるので、それを活用した新しい柔軟な制度を提供することだと思っております。今では入社しなくても働けるような技術革新が進んでいます。それから、ネットを通じた新しい助け合いの可能性についても、有識者議員からお話しがありました。こういう技術の発達によって可能になったやり方や仕組みをしっかりと取り入れて、新しい未来に向けた社会保障制度を提示していく、そういうものをきちっと打ち出すことが重要だと思っております。

その点では、終身雇用を前提とした仕組みを抜本的に見直して、人生二毛作あるいは三毛作を可能にするような仕組みが必要でございます。その点において、兼業・副業の促進というのは、非常に重要なポイントだと思っております。ただし、その際、過重労働にならないかという心配が多くの方からあって、時間管理も大事なのですけれども、1つは、いわゆる正社員の働き方の見直しで大事で、例えば週3日の正社員とか、週4日の正社員とか、あるいは午前中だけの正社員という形にすれば、空いた時間を兼業・副業に回すことができ、より多面的な働き方が可能になります。こういう仕組みもしっかり取り入れていく社会保障にすべきではないかと思っております。もちろん制度的には可能なのですけれども、そういう取り組みを促していくような体制づくりが大事だと思います。

また、企業が中途採用を拡大していくことも重要で、これは新浪議員からもお話しがありましたけれども、年齢別にどの程度中途採用が進んでいるか、あるいは経営人材、この部分の人を動かしていくことも重要なことだと思っておりますので、経営人材の中途採用の拡大の方針をしっかりと企業の側に打ち出してもらって、目標を掲げて、それを開示してい

くことも重要で、ここが流動化して、風通しがよくなってくると、より前向きな方策で企業が活動できるのではないかと考えておりますし、もちろん国や地方の公務員も中途採用を拡大していくという方針が重要だと思っております。

そのためには、リカレント教育の充実も当然重要でございまして、現状、リカレント教育が重要だと言うのだけれども、どういうことを身につけてもらうと中途採用につながるのか、新しく就職できるのかというのが、まだ明確ではないところがありますので、このあたりは、経済界と連携して、人材移動に必要な教育をきっちり明らかにして、整備して必要もあるだろうと思います。

それから、新しい助け合いという観点からいくと、自主的な相互扶助を支援するというのを、もう少し考えていいような気がいたします。例えば余裕のある高齢者の方が、自分の年金を地元地域の子供たちに寄附をする。こういうことに対して、例えばインセンティブをつければ、いわゆる制度の表向きのところに頼らないような移転が可能になるのだと思います。この手の工夫は、いろいろと考えてもいいのではないかと思います。

重要な柱の2番目は、最初の回でも申し上げましたけれども、未来世代も含めて、しっかりと持続可能な制度を残すことで、子供世代、未来世代に対して安心を確保することが大事だと思っております。この点では、将来に対して保守的に考えて、経済成長が場合によっては大きく落ち込んでも、持続可能な制度をつくっていく、それが担保できるような年金・医療、特に医療分野の給付と負担の見直しが必要だと思っております。

その点では、もう何人かの方からお話しがありましたけれども、後期高齢者の原則2割負担や外来受診時の定額負担については、経済財政諮問会議でもしっかりと議論をしてきて、改革工程表にも載ってきた議論でございまして。ここではしっかりと決着をつけて、中間報告で当然盛り込むべき内容だと思っております。

本来は、それに加えて、例えば翁議員からお話しがあったような、個別の給付率調整なども考えていく必要があると思っておりますし、もとより、本質的には、経済成長に見合った医療費目標をつくって、例えば給付の面からも中期的な安定を目指すことが、未来世代に安心を残していく上でも重要なのではないかと考えます。

年金については、受給開始時期の弾力化や厚生年金の適用範囲の拡大は当然必要でございまして、櫻田議員からお話しがあったような、マクロ経済スライドの名目下限措置の再検討も考えていくべきなのではないかと考えております。

それから、データを活用しながら、健康予防分野を促進していくことも重要なのですが、例えば保険者努力支援制度でも、市町村ごとの点数獲得状況が指標ごとに公表されていないのが現状なのです。こういうものが提示されていないと、近隣市町村との取り組みの比較であるとか、優良・先進事例の把握ができないので、データはきちっと出して、見える化して、その上で、それを活用していく、促進していくことが重要だと思っております。

少し長くなりましたけれども、以上です。ありがとうございました。

○西村全世代型社会保障改革担当大臣 ありがとうございます。

それぞれの論点につきまして、御議論をいただきました。

あらかじめ発言を希望していただいております閣僚から、順次、御発言をいただきます。

加藤厚労大臣、お願いいたします。

○加藤厚生労働大臣 今までお話しがありましたように、全世代型社会保障を考える上では、2025年、2040年という将来を見据えながら、改革のあり方を考えていくことが必要でありますし、何よりも生産年齢人口の減少という、人口構造の変化を意識していかなければいけないだろうと思います。

そのため、経済・社会の担い手をふやすという視点から、社会保険の適用拡大などの年金改革、70歳までの就業機会を確保する高齢者雇用の改革、予防・健康づくりの充実による健康寿命の延伸に重点を置いて取り組んでいきたいと考えております。

また、給付と負担の問題も重要なテーマであります。国民生活に直結する課題でもあります。どういう医療を求めていくのかといった議論をベースに、給付と負担のあり方を考えていくことで、あわせて国民の理解と納得を得ていくことが必要であると思います。

厚労省でも、医療の問題については、今年の骨太方針に基づいて、来年夏に向けて、給付と負担のあり方を含めて、関係審議会での具体的な検討をお願いしていくことを予定しております。

検討に当たっては、高齢者をはじめ、国民の生活に影響を与える課題であるということ、さまざまな角度から、データに基づき、国民の生活への影響を丁寧に見きわめながら、進めていく必要があると考えております。

○西村全世代型社会保障改革担当大臣 ありがとうございます。

続いて、高市総務大臣、お願いいたします。

○高市総務大臣 ありがとうございます。

医療につきましてですが、地方の財政負担は、平成29年度ベースで約5.6兆円と非常に大きくなっておりまして、国と地方が一体となって改革を進めることが重要でございます。

地域医療構想の推進につきましては、先ほど増田議員が御紹介くださりましたが、現在、地方三団体、厚生労働省、総務省により協議の場を設け、議論を進めております。地域医療構想を推進する必要性につきましては、国・地方間で共通認識が図られました。

しかしながら、地方側からは、その議論の環境整備のために、公立病院、民間病院が同じテーブルで議論できるためのデータ提供や、公民の別ない国費による思い切った財政支援を行うべきだといった声が出ているところでございます。

なお、先ほど新浪議員からマイナンバーの活用についてお話しがございました。令和3年3月から、マイナンバーカードを健康保険証として活用できるようになり、同年秋ごろからお薬手帳としても活用する予定でございますので、これは重複投薬の防止、残薬の減少に資するものだと考えております。さらに銀行口座とマイナンバーのひもづけが進んでいきますと、医療費のストックも含めた応能負担もできるようになるのではないかと考え

ております。

以上です。

○西村全世代型社会保障改革担当大臣 ありがとうございます。

続いて、梶山経産大臣、お願いします。

○梶山経済産業大臣 私からは、厚生年金の適用範囲の拡大について、発言をさせていただきます。

人生100年時代を迎え、ライフステージに応じた働き方の多様化が求められています。

このような中、正規・非正規を問わず、厚生年金の適用範囲を拡大し、老後の安心を確保していくことは大変重要なことでもあります。

他方で、この会議でも、中小企業団体から、適用拡大による事業主負担の増大について、意見がありました。

適用拡大による影響は、業種によって異なり、パート比率の高い小売・卸売業、飲食業では深刻だと思われれます。

そうした業界の声をよく聞き、丁寧に議論を進め、段階的な対象の拡大なども図る必要があると考えております。

経済産業省としては、生産性を向上させるための設備投資、IT投資、販路拡大などに対する支援など、中小企業施策の拡充を図り、小規模企業については特段の配慮を行い、全力で環境整備を進めてまいりたいと考えております。

○西村全世代型社会保障改革担当大臣 続きまして、麻生副総理、お願いいたします。

○麻生副総理兼財務大臣 アベノミクスの効果が出てきて、経済とか、雇用情勢がよくなっている状況だからこそ、働き方改革とか、高齢者の就業促進が進んでいるわけですから、今の時期にこそ、働き方改革とか、健康・予防の推進、年金、医療の全体改革、そういったものをパッケージとして進めていくべきで、その中で、給付とか、負担のあり方も見直していかなければならないものだと思っております。

この会議で、さまざまな世代の方々、立場の方々、いろいろと御意見を伺ってきましたけれども、本日も民間議員の方々からいろいろな御意見を伺いました。論点は出尽くしているのだと思っておりますので、民間の方々の意見も、大きい方向性ではほぼ一致しているように聞こえます。

特に医療では、後期高齢者の窓口負担とか、受診時の定額負担、いわゆるワンコイン、額が100円か、500円か、1,000円かというのは別にして、これまで長らく検討課題とされてきた項目がありますけれども、この機を捉えて、先送りをしないで結論を出していくべきだと思っております。

団塊の世代が75歳になるのが2022年なので、残された時間はありませんし、私どもとしては、機は熟していると思っておりますので、ぜひ中間報告において、この際、年金とか、医療などを含め、改革全体をパッケージとして、一体として、速やかに実施に移していかなければならないのではないかと考えております。

○西村全世代型社会保障改革担当大臣 ありがとうございます。

予定されておりました御発言は以上でありますけれども、何か特段でございますか。よろしいですか。

それでは、総理から締めくくりの御発言をいただきたいと思います。

その前に、プレスが入ります。

(報道関係者入室)

○西村全世代型社会保障改革担当大臣 それでは、安倍総理、よろしくお願いたします。

○安倍内閣総理大臣 本日は、年末の中間報告に向けた具体論を議論いたしました。

9月に全世代型社会保障検討会議を立ち上げ、皆さんに御議論をいただくとともに、女性、若手、そして、働き方改革の有識者の皆さん、医療、中小企業、労働の各関係者からヒアリングを行いました。

さらに20日に10代から70代まで、大変広範囲の世代の皆様、さまざまな状況にある皆さんから、東京だけではなく、遠方からもお越しをいただきまして、全世代型社会保障改革について、率直な意見を伺ったところであります。

これまで社会保障改革といえば、年金、医療・介護だけを議論してきたのでありますが、人生100年時代の到来を踏まえまして、今回の全世代社会保障改革は、働き方を含めた、改革をまさにパッケージとして行っていくものであります。

結婚、そして、出産といった人生、女性にとっては段階に応じて、男性も含まれるかもしれませんが、また、病気になったとき、あるいは高齢になったとき、どのような働き方ができるか、年金などの各制度とのかかわり合いも重要になってまいります。

ライフスタイルが多様となる中で、高齢者についての画一的な捉え方を変え、高齢者だけでなく、子供たち、子育て世代、さらには現役世代まで広く安心を支えていくため、本日議論をしていただいたような、年金、労働、医療・介護など、社会保障全般にわたる改革を取りまとめていく必要があります。

具体的には、70歳までの就業機会確保の法案の早期提出を図るとともに、中小企業の負担感や生産性向上に配慮しつつ、厚生年金の適用範囲をどうするか、また、医療などの分野を含めて、年末の中間報告や、さらに来年夏の最終報告に向けて、具体的な調整を進めていく必要があります。

西村全世代型社会保障改革担当大臣を中心に、加藤厚生労働大臣など、関係大臣は、本日いただいた御意見を踏まえつつ、与党との調整も十分に図りつつ、取りまとめに向けて具体的な検討を進めていただくように、お願いをいたします。

○西村全世代型社会保障改革担当大臣 マスコミの皆さんは、御退室をお願いいたします。

(報道関係者退室)

○西村全世代型社会保障改革担当大臣 今、安倍総理から御指示がございましたように、本日の御議論を踏まえまして、年末の中間報告に向けて、具体論について、さらに検討を進めてまいりたいと思いますので、よろしくお願いをいたします。

次回の開催につきましては、事務局から調整をさせていただきます。
以上をもちまして、本日の会議は終了いたします。ありがとうございました。

令和2年度予算案(保険局関係)参考資料

厚生労働省保険局

1. 国民健康保険への財政支援	1
2. 被用者保険への財政支援	2
3. 医療分野におけるICTの利活用の促進等	
① 医療保険分野における番号制度の利活用の推進	4
② 医療情報化支援基金による支援	5
⑤ データヘルス分析関連サービスの構築に向けた整備	7
4. 健康寿命の延伸に向けた予防・健康づくり	
① 保険者のインセンティブ強化(国保・保険者努力支援制度)	8
② データヘルス(医療保険者によるデータ分析に基づく保健事業)の効果的な実施の推進	
ア レセプト・健診情報等の分析に基づいた保健事業等の推進	11
イ 保険者協議会における保健事業の効果的な実施への支援	15
③ 先進事業等の好事例の横展開等	
ア 高齢者の保健事業と介護予防・フレイル対策の一体的な実施の推進等	16
イ 糖尿病性腎症患者の重症化予防の取組への支援	17
ウ 健康寿命の延伸に向けた歯科口腔保健の推進等	18
④ 保険者の予防・健康インセンティブの取組への支援	19
⑥ 健康増進効果等に関する実証事業の実施	21
5. 避難指示区域等での医療保険制度の特別措置(復興)	22

国保改革による財政支援の拡充について

- 国保の財政運営を都道府県単位化する国保改革とあわせ、毎年約3,400億円の財政支援の拡充を行う。

<2015年度（平成27年度）から実施>（約1,700億円）

- **低所得者対策の強化**
（低所得者数に応じた自治体への財政支援を拡充）

1,700億円

<2018年度（平成30年度）から実施>（約1,700億円）

- **財政調整機能の強化**
（精神疾患や子どもの被保険者数など自治体の責めによらない要因への対応）

800億円

- **保険者努力支援制度**
（医療費の適正化に向けた取組等に対する支援）

840億円
（2019年度、2020年度は
910億円）

- **財政リスクの分散・軽減方策**
（高額医療費への対応）

60億円

※ 保険料軽減制度を拡充するため、2014年度（平成26年度）より別途500億円の公費を投入

※ 2015～2018年度（平成27～30年度）予算において、2,000億円規模の財政安定化基金を積み立て

【参考】

（単位：億円）

	2015年度 （平成27年度）	2016年度 （平成28年度）	2017年度 （平成29年度）	2018年度 （平成30年度）	2019年度 （令和元年度）	2020年度 （令和2年度）
低所得者対策の強化	1,700	1,700	1,700	1,700	1,700	1,700
財政調整機能の強化・ 保険者努力支援制度等	—	—	—	1,700	1,770	1,770
財政安定化基金の造成 ＜積立総額＞	200 ＜200＞	400 ＜600＞	1,100 ＜1,700＞	300 ＜2,000＞	— ＜2,000＞	— ＜2,000＞

※ 保険者努力支援制度については、2020年度は、上記とは別に新規500億円により予防・健康づくりを強力に推進

被用者保険の拠出金に対する支援

令和2年度予算案：820億円
(令和元年度予算額：820億円)

- 被用者保険の負担が増加する中で、**拠出金負担の重い被用者保険者への支援を実施する。**
- 具体的には、①平成29年度から**対象を拡大した拠出金負担が重い保険者への負担軽減対策**において、**拡大分に該当する保険者の負担を保険者相互の拠出と国費の折半により軽減する**(枠組みを法律に規定し、制度化を行う。)とともに、②平成27年度から段階的に拡充してきた**高齢者医療運営円滑化等補助金により、前期高齢者納付金の負担軽減**を図る。

(参考)平成27年度(予算額:308億円)
平成28年度(予算額:370億円)

・平成29年度(予算額:820億円)
・平成30年度(予算額:820億円)

・令和元年度(予算額 :820億円)
・令和2年度(予算案 :820億円)

- 高齢者医療運営円滑化等補助金を段階的に拡充。

- (平成27年度)既存分(199億円)※に拡充分109億円を加えた308億円規模の補助金により、被用者保険者の前期高齢者納付金、後期高齢者支援金等の負担軽減を実施。

※ 総報酬に占める拠出金負担の重い被用者保険者等に対する負担軽減。

- (平成28年度)既存分(160億円)に、拡充分の210億円を加えた370億円規模の補助金により、被用者保険者の負担軽減等を更に拡充。

〔その他に適用拡大に伴う給付費増に対する財政支援を別途措置。〕

- 高齢者医療運営円滑化等補助金を拡充し、**前期高齢者納付金負担の負担増の緩和のため、被用者保険者等への負担軽減を実施。**(600億円)

※ 団塊世代が前期高齢者に到達することにより、納付金負担が増大することから、前期高齢者への移行前の平成23年度からの伸び等に着眼して、負担軽減を行う。

- 現在、保険者の支え合いで実施している**拠出金(後期高齢者支援金、前期高齢者納付金)負担の特に重い保険者の負担軽減策の対象を拡大し※1、拡大分に該当する保険者の負担軽減の費用は、保険者の支え合い※2と国費で折半する。**(100億円)

※1 拡大分は、国費を投入することから、財政力(総報酬)が平均以下の保険者に限定
※2 保険者の支え合い部分に各保険者の医療費水準を反映

- 上記に、既存分(約120億円)を加えた820億円規模の補助金財源により、被用者保険者の負担軽減を実施。

〔その他に適用拡大に伴う財政支援(平成28年度からの時限付き予算)を別途措置。〕

- 高齢者医療運営円滑化等補助金を維持し、**前期高齢者納付金負担の負担増の緩和のため、被用者保険者等への負担軽減を実施。**(600億円)

※ 令和元年度からは、600億円の財源を活用して、前期高齢者納付金の単年度の急激な伸び等に着眼した負担軽減を行っている。

- **負担軽減策の対象となる※1 拠出金負担の特に重い保険者の負担軽減の費用を、引き続き、保険者の支え合い※2と国費で折半する。**(100億円)

※1 拡大分は、国費を投入することから、財政力(総報酬)が平均以下の保険者に限定
※2 保険者の支え合い部分に各保険者の医療費水準を反映

- 上記に、既存分(約120億円)を加えた820億円規模の補助金財源により、被用者保険者の負担軽減を実施。

〔その他に健保組合の保険者機能強化に係る支援(約18億円)を別途措置。〕

負担調整基準率・特別負担調整基準率について

○ 拠出金負担(前期高齢者納付金・後期高齢者支援金)が、義務的支出(前期高齢者納付金・後期高齢者支援金・法定給付費等)に比して過大となる保険者について、その過大部分( + )を全保険者で按分し、前期高齢者納付金で調整している。

 負担調整基準率を超える部分

 特別負担調整基準率を超える部分から  (負担調整率を超える部分)を控除した部分 × 1/2 ※1/2部分には国費を充当

※ 数字は令和元年度予算

②及び③の保険者が6.92%存在するような率として設定	特別負担調整基準率 50.04395%	負担調整基準率 53.614%	①の保険者が6.02%存在するような率として設定
-----------------------------	------------------------	--------------------	--------------------------

義務的支出(100%)

①負担調整基準超過保険者

後期高齢者支援金	前期高齢者納付金	法定給付費等	附加給付等
			→ 総額を全保険者で按分

財政力あり

②特別負担調整基準超過保険者

後期高齢者支援金	負担調整前前期高齢者納付金	法定給付費等	附加給付等
		 	⇒ 総額を全保険者で按分

財政力なし

③特別負担調整基準超過保険者

後期高齢者支援金	負担調整前前期高齢者納付金	法定給付費等	附加給付等
			→ 総額を全保険者で按分

財政力なし

医療保険分野における番号制度の利活用の推進

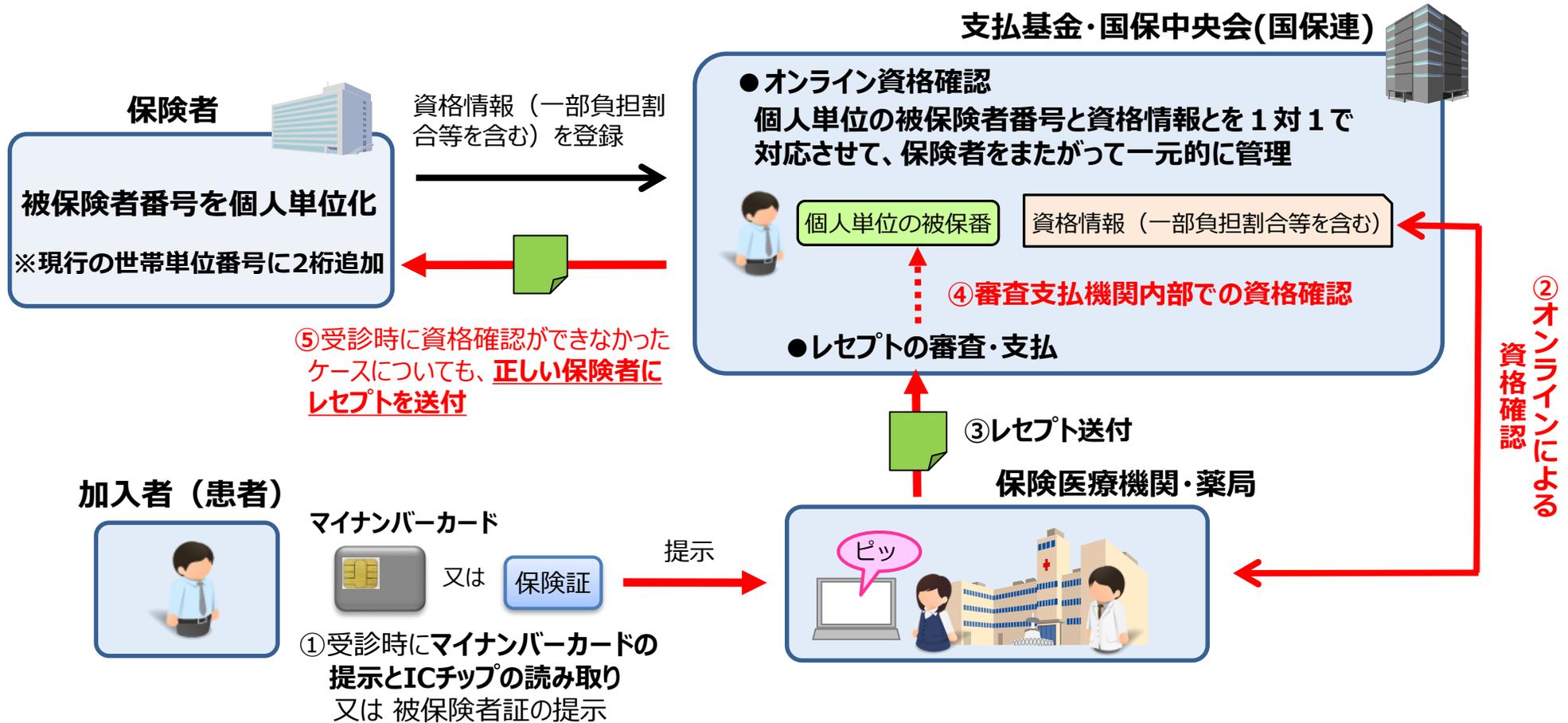
令和2年度予算(案) : 145億円
(令和元年度予算額 : 318億円)

【導入のメリット】

○マイナンバーカードにより、医療機関・薬局で受診が可能になる。

高額療養費の限度額適用認定証(※)の発行を求める必要がなくなる。 ※窓口での負担の上限額が分かる証。保険者が発行。

○保険者においては、失効保険証の利用による過誤請求や未収金が大幅に減少する。



現状及び課題

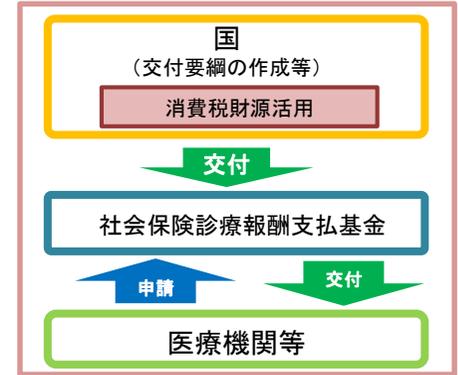
- 技術革新が進む中で、医療分野においてもICTを積極的に活用し、効率的かつ質の高い医療提供体制を構築していくことが急務である。このため、令和元年度において、医療情報化支援基金を創設し、医療分野におけるICT化を支援する。（「地域における医療及び介護の総合的な確保の促進に関する法律」を改正。令和元年10月1日施行）

【対象事業】

- ・ 当該基金の対象事業として、次の2つを予定している。（令和元年度予算：300億円、令和2年度予算案：768億円）
 - ① オンライン資格確認の導入に向けた医療機関・薬局のシステム整備の支援
 - ② 電子カルテの標準化に向けた医療機関の電子カルテシステム等導入の支援

【支援スキーム】

- ・ 当該基金は、社会保険診療報酬支払基金（支払基金）に造成する。
- ・ システム整備を行った医療機関等は、支払基金に対し申請を行い、一定の要件を満たすシステム整備だと判断されれば、その整備費用の一部を医療情報化支援基金の資金によって補助するというスキームになる。



- 「マイナンバーカードの普及とマイナンバーの利活用の促進に関する方針」（デジタル・ガバメント閣僚会議令和元年6月3日決定）において、「医療情報化支援基金も活用し、令和4年度中に概ね全ての医療機関での導入を目指すこととし、…また、小規模診療所等への利用支援、重点的な補助等について、検討する」とされた。

今後の方針

- 令和3（2021）年3月からのオンライン資格確認の運用開始に向けて、具体的な支援内容等について検討を進める。

■マイナンバーカードの健康保険証としての医療機関等の利用環境整備に係る全体スケジュール（令和元年9月デジタル・ガバメント閣僚会議決定）

2019年10月	「医療情報化支援基金」設置、医療機関等におけるシステムの検討を継続
2020年8月	詳細な仕様の確定、各ベンダのソフト開発を受け、医療機関等におけるシステム整備開始
2021年3月末	健康保険証利用の本格運用 医療機関等の6割程度での導入を目指す
2021年10月	マイナポータルでの薬剤情報の閲覧開始
2022年3月末	2022年診療報酬改定に伴うシステム改修時 医療機関等の9割程度での導入を目指す
2023年3月末	概ね全ての医療機関等での導入を目指す

加入者（患者）



マイナンバーカード



又は

保険証



提示

受診時に被保険者証の提示 又は
マイナンバーカードの提示とIC
チップの読み取り

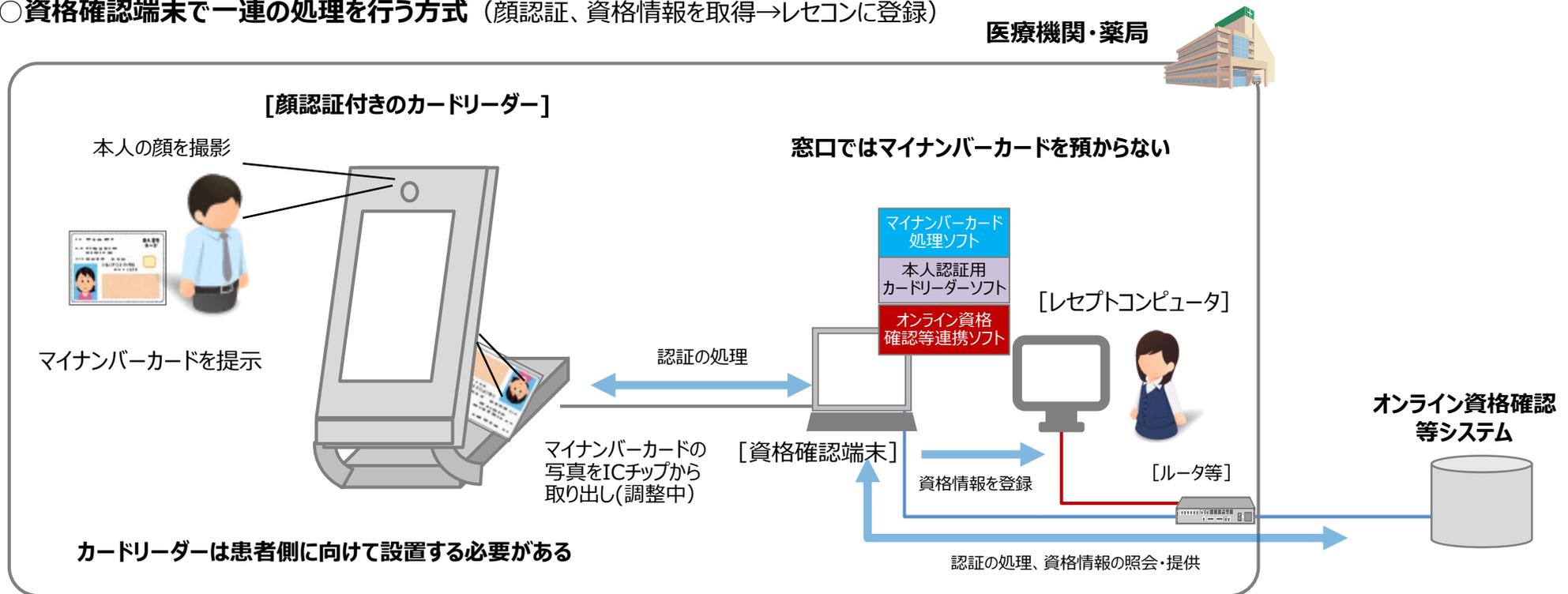
保険医療機関・薬局



資格確認端末と顔認証付きカードリーダー（イメージ）

- 医療機関等の窓口では、マイナンバーカードを預からない運用としている。顔写真の確認について目視ではなく端末で読み取る場合は、マイナンバーカードの読み取りを行うカードリーダーは患者側に向けて設置し、資格確認端末（クライアントソフトが組み込まれた端末）又はレセプトコンピュータ（クライアントソフトを組み込む方式）でカードリーダーでの認証処理を行う方法が想定される。 ※マイナンバーカードの顔写真を目視で確認する運用も可能である。

○資格確認端末で一連の処理を行う方式（顔認証、資格情報を取得→レセコンに登録）



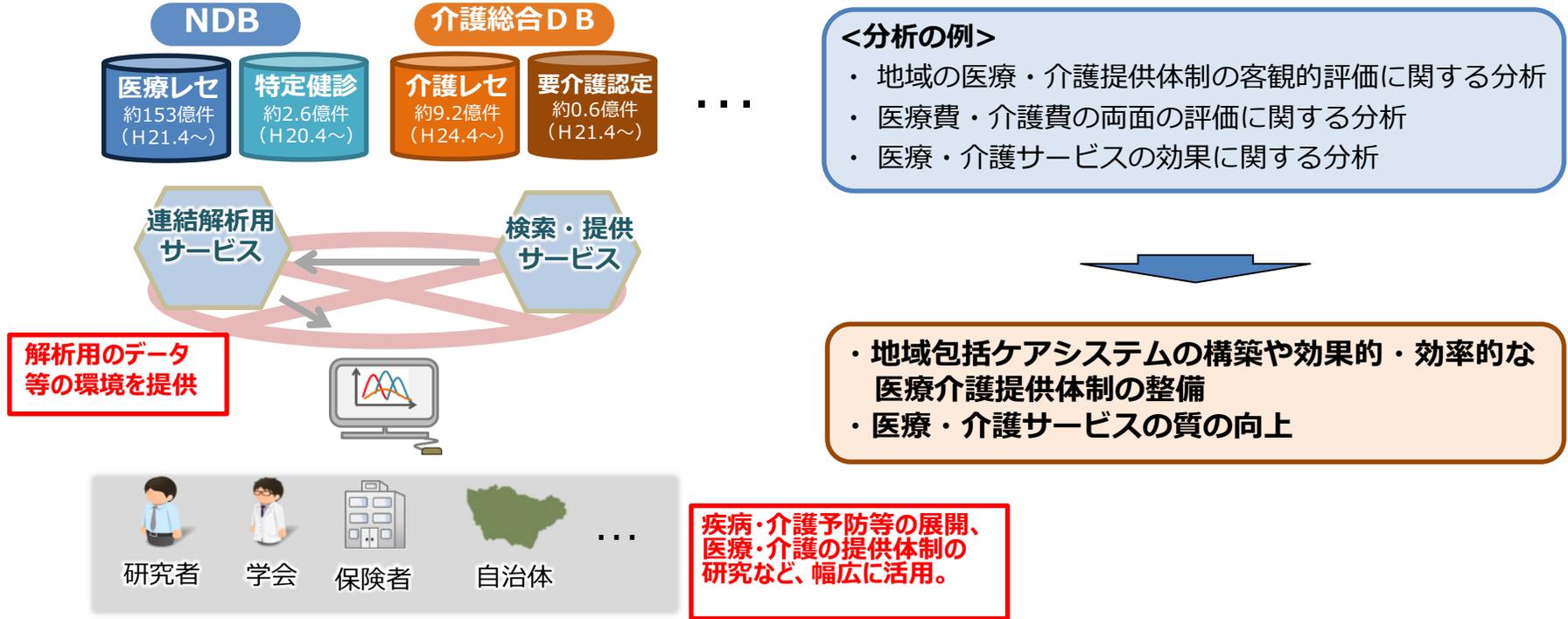
※PIN無し認証を行うため、カードリーダー1台に対し資格確認端末1台が必要。（カードリーダーが複数台必要な場合は、資格確認端末も複数台必要。）

データヘルス分析サービス

令和2年度予算(案) : 4億円
(令和元年度予算額 : 2億円)

成長戦略フォローアップ(令和元年6月21日閣議決定)

- レセプト情報・特定健診等情報データベース(NDB)や介護保険総合データベース(介護DB)の連結解析を2020年度から本格稼働し、行政・保険者・研究者・民間事業者など幅広い主体の利活用を可能とする。



(事業内容)

NDBや介護DBなどの各種データベースで保有する健康・医療・介護情報を連結して分析可能な環境整備に向けての取組を行う。

- ① 既存のデータベース(NDB)の性能向上
- ② NDBと介護DB間の連携・解析を行うシステムの設計等

○ 人生100年時代を迎え、疾病予防・健康づくりの役割が増加。このため、各般の施策に併せ、保険者における予防・健康インセンティブについても強化。

⇒ 予防・健康づくりについて、配点割合を高めてメリハリを強化するとともに、成果指標を拡大。

○ 法定外繰入等についても、インセンティブ措置により、早期解消を図る。

※ 一部の評価指標におけるマイナス点については、骨太の方針2019（令和元年6月21日閣議決定）等に基づき、設定することとしているが、これは、過去の取組状況に対し後年度になってペナルティを科し、あるいは罰則を付すものではなく、国保改革に伴って拡充された公費（自治体の取組等に対する支援）の配分について、一部メリハリを強化するものである。

○ 予防・健康インセンティブの強化

・ 予防・健康づくりに関する評価指標（特定健診・保健指導、糖尿病等の重症化予防、個人インセンティブの提供、歯科健診、がん検診）について、配点割合を引き上げ【市・県指標】

・ 特定健診・保健指導について、マイナス点を設定し、メリハリを強化（受診率が一定の値に満たない場合や2年連続で受診率が低下している場合）

○ 成果指標の拡大等

【糖尿病等の重症化予防】

・ アウトカム指標（検査値の変化等）を用いて事業評価を実施している場合に加点【市指標 共③】

・ 重症化予防のアウトカム指標を導入【県指標②】

【歯科健診】

・ 歯科健診の実施の有無に係る評価に加え、受診率に係る評価を追加【市指標 共②(2)】

【個人インセンティブ】

・ 健康指標の改善の評価や、参加者への健康データ等の提供等を行う場合に加点【市指標 共④(1)・県指標①(iii)】

○ 法定外繰入の解消等

・ 都道府県指標に加え、市町村指標を新設【市指標 個⑥(iv)・県指標③】

・ 赤字解消計画の策定状況だけではなく、赤字解消計画の見える化や進捗状況等に応じた評価指標を設定

・ マイナス点を設定し、メリハリを強化（赤字市町村において、削減目標年次や削減予定額(率)等を定めた赤字解消計画が未策定である場合等）

2020年度の保険者努力支援制度(全体像)

市町村分 (500億円程度)

保険者共通の指標

指標① 特定健診・特定保健指導の実施率、メタボリックシンドローム該当者及び予備群の減少率

- 特定健診受診率・特定保健指導受診率
- メタボリックシンドローム該当者及び予備群の減少率

指標② 特定健診・特定保健指導に加えて他の健診の実施や健診結果等に基づく受診勧奨等の取組の実施状況

- がん検診受診率
- 歯科健診受診率

指標③ 糖尿病等の重症化予防の取組の実施状況

- 重症化予防の取組の実施状況

指標④ 広く加入者に対して行う予防・健康づくりの取組の実施状況

- 個人へのインセンティブの提供の実施
- 個人への分かりやすい情報提供の実施

指標⑤ 加入者の適正受診・適正服薬を促す取組の実施状況

- 重複・多剤投与者に対する取組

指標⑥ 後発医薬品の使用促進に関する取組の実施状況

- 後発医薬品の促進の取組・使用割合

国保固有の指標

指標① 収納率向上に関する取組の実施状況

- 保険料(税)収納率
- ※過年度分を含む

指標② 医療費の分析等に関する取組の実施状況

- データヘルス計画の実施状況

指標③ 給付の適正化に関する取組の実施状況

- 医療費通知の取組の実施状況

指標④ 地域包括ケアの推進に関する取組の実施状況

- 国保の視点からの地域包括ケア推進の取組

指標⑤ 第三者求償の取組の実施状況

- 第三者求償の取組状況

指標⑥ 適正かつ健全な事業運営の実施状況

- 適切かつ健全な事業運営の実施状況
- 法定外繰入の解消等

都道府県分 (500億円程度)

指標① 主な市町村指標の都道府県単位評価

- 主な市町村指標の都道府県単位評価(※)
- ・特定健診・特定保健指導の実施率
- ・糖尿病等の重症化予防の取組状況
- ・個人インセンティブの提供
- ・後発医薬品の使用割合
- ・保険料収納率
- ※都道府県平均等に基づく評価

指標② 医療費適正化のアウトカム評価

- 年齢調整後一人当たり医療費
- ・その水準が低い場合
- ・前年度(過去3年平均値)より一定程度改善した場合に評価
- 重症化予防のマクロ的評価

指標③ 都道府県の取組状況

- 都道府県の取組状況
- ・医療費適正化等の主体的な取組状況(保険者協議会、データ分析、重症化予防の取組等)
- ・医療提供体制適正化の推進
- ・法定外繰入の解消等

保険者努力支援制度の抜本的な強化

人生100年時代を見据え、保険者努力支援制度を抜本的に強化し、新規500億円(総額550億円)により予防・健康づくりを強力に促進

事業スキーム(右図)

新規500億円について、保険者努力支援制度の中に

① **「事業費」として交付する部分**を設け(200億円。現行の国保ヘルスアップ事業を統合し事業総額は250億円)、

※ 政令改正を行い用途を事業費に制限

② **「事業費に連動」して配分する部分**(300億円)と合わせて交付

※ 既存の予防・健康づくりに関する評価指標に加え、①の予防・健康づくり事業を拡大する等により、高い点数が獲得できるような評価指標を設定し配分

⇒ ①と②と相まって、**自治体における予防・健康づくりを抜本的に後押し**(「予防・健康づくり交付金」)

事業内容

【都道府県による基盤整備事業】(135億円)

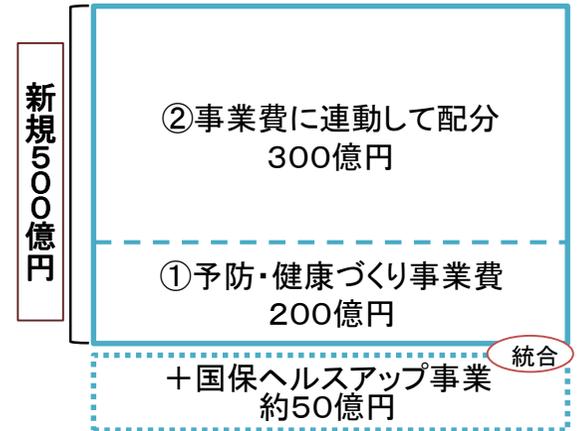
- 国保ヘルスアップ支援事業の拡充(上限額引上げ)
- ◎ 人材の確保・育成事業
- ◎ データ活用の強化

【市町村事業】(115億円)

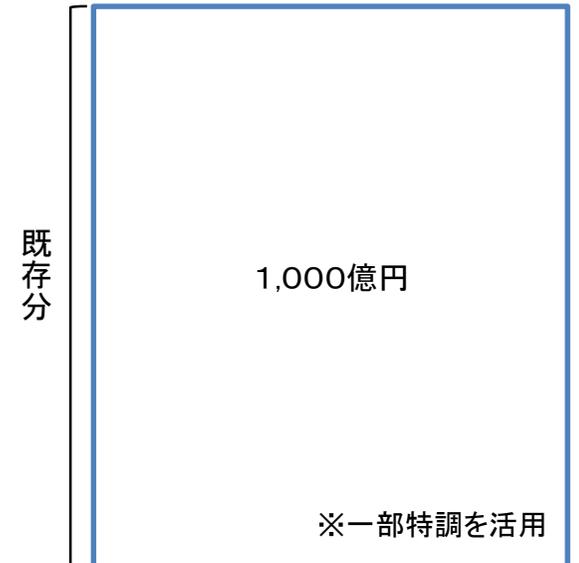
- 国保ヘルスアップ事業・保健指導事業の拡充(上限額引上げ)
- ◎ 効果的なモデル事業(※都道府県も実施可)

※ ◎は新たに設ける重点事業

【見直し後の保険者努力支援制度】



+



- 健康保険組合等の保険者において、データヘルスの取組を一層効果的・効率的に実施できるよう、特定保健指導等の中核的な保健事業について、評価指標の標準化ならびに保健事業のパターン化を推進するために実施する事業。

【評価指標の標準化・保健事業の類型化】

- ・2020年度の第2期データヘルス計画の見直しをデータヘルス・ポータルサイト上で行う際に、同サイトにおいて特定保健指導等に係る評価指標や、保健事業の実施方法（ストラクチャー・プロセス）を類型別（いずれも2019年度中に検討）に入力できるようにするため、同サイトの改修を行う。

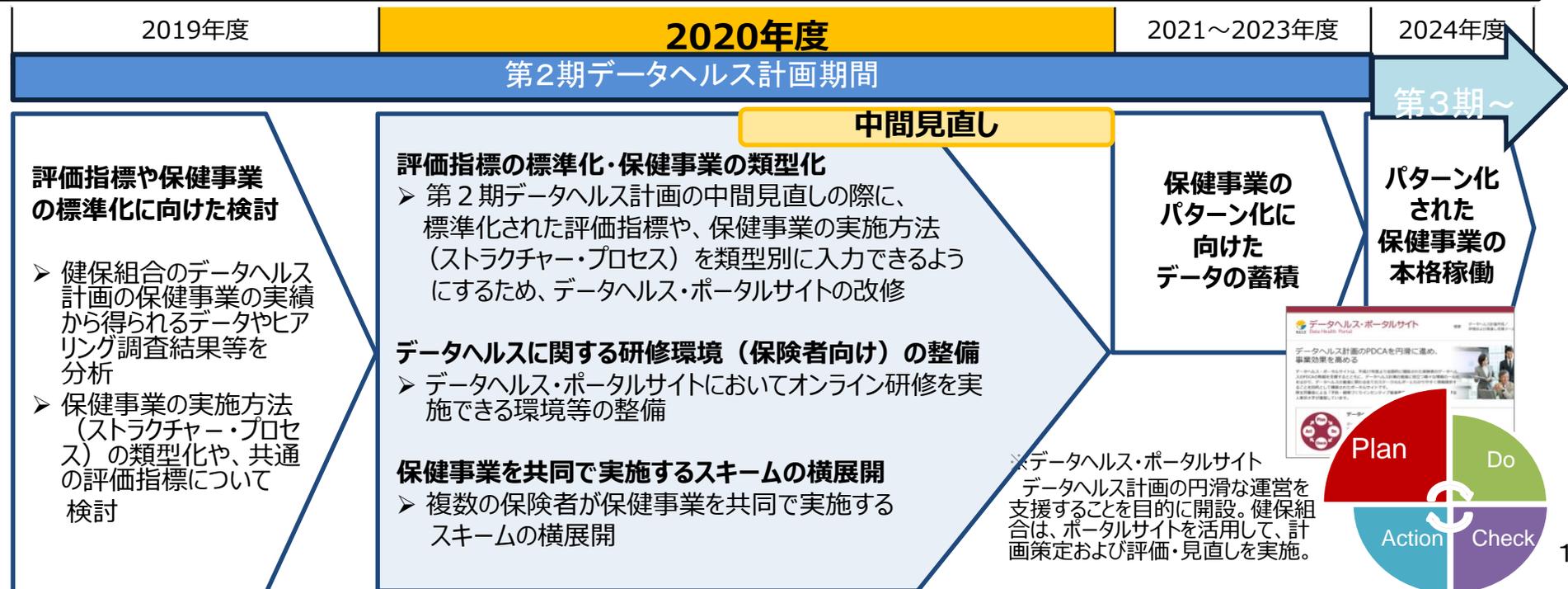
【データヘルスに関する研修環境（保険者向け）の整備】

- ・データヘルス・ポータルサイトにおいてオンライン研修を実施できる環境等を整備する。

【保健事業を共同で実施するスキームの横展開】

- ・複数の保険者が保健事業を共同で実施するスキームを横展開する。

*「新経済・財政再生計画改革工程表2018」において、効果的・効率的なデータヘルスの普及に向けて、「評価指標や保健事業の標準化」を検討することが示されている。



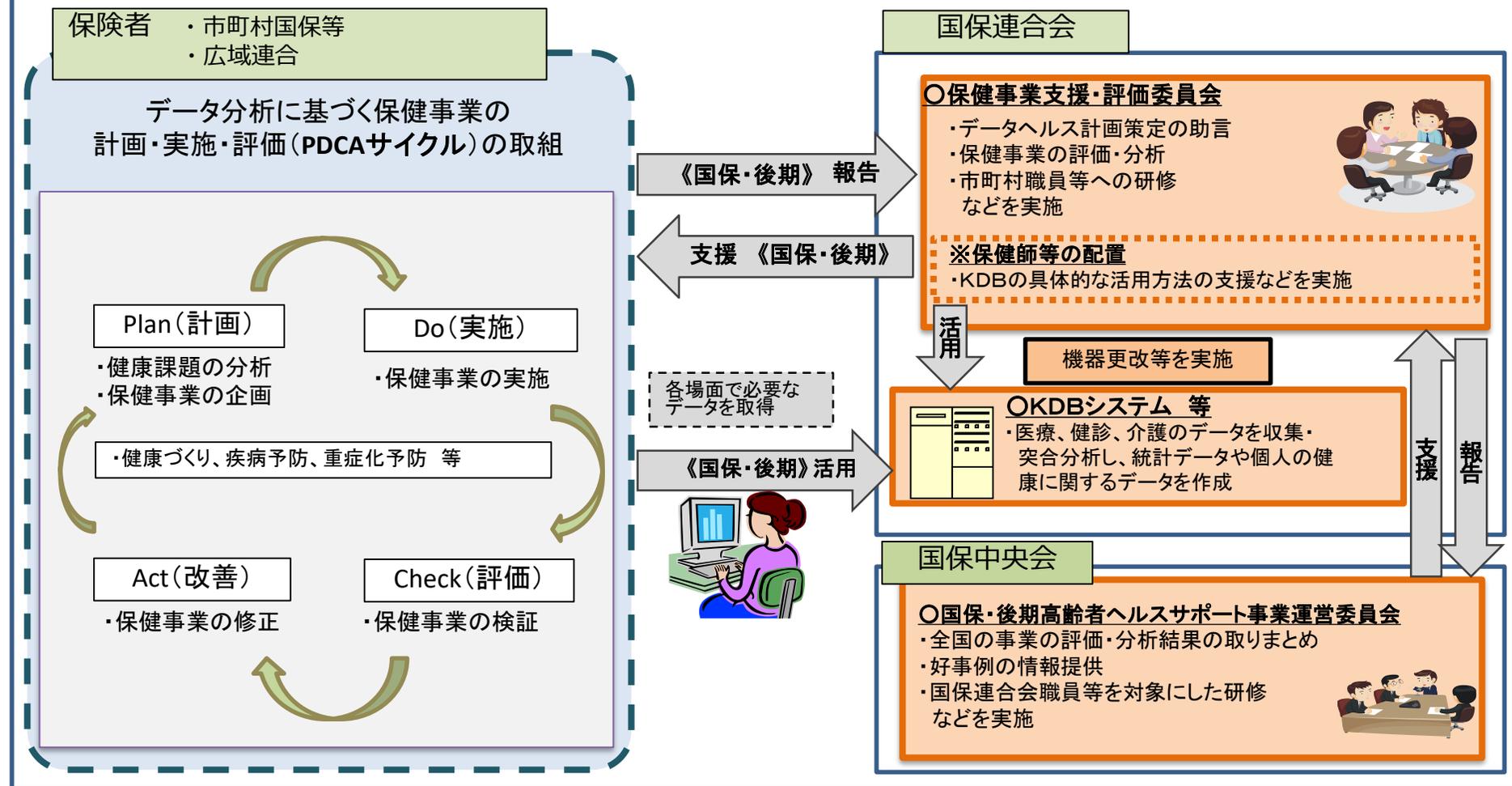
○国保・後期高齢者ヘルスサポート事業

令和2年度予算(案) : 4.3億円 (国保 : 4.2億円、後期 : 0.1億円)

令和元年度予算額 : 4.3億円 (国保 : 4.2億円、後期 : 0.1億円)

国保・後期高齢者ヘルスサポート事業

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



○特定健診・保健指導における医療費適正化効果検証事業

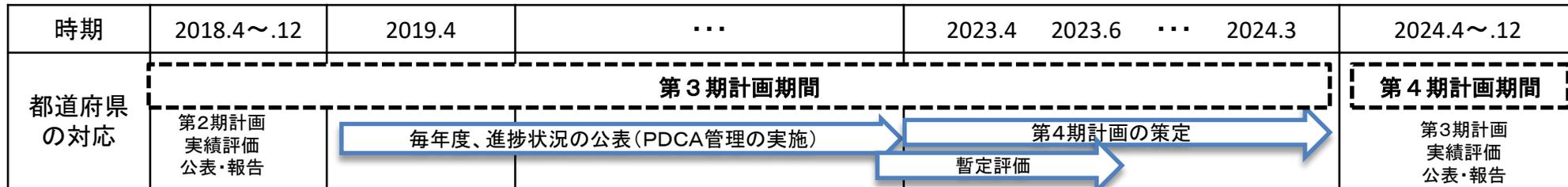
レセプト情報・特定健診等情報データベース(NDB)のデータを用いて、都道府県別に外来・入院の医療費の構成要素を分析し、医療費の増加と関係する要素を分析する事業や特定健診・保健指導(以下「特定健診等」という。)による検査値の改善状況・行動変容への影響、医療費適正化効果について分析し、保険者の予防・健康づくりと医療費適正化を推進するための事業

(1) 医療費適正化計画等に係るデータの集計及び分析等補助業務

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

[主な分析内容]

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



(2) レセプト情報・特定健診等情報の分析等に係る支援業務

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

[調査・分析用資料の例]

- ・レセプト情報と特定健診等情報を経年的に個人単位で紐付けた上で、特定保健指導の実施による検査値や医療費への効果を分析(5年間の経過分析の結果、保健指導による検査結果、医療費等への効果があることを検証し、平成28年4月に公表。)
- ・性年齢階級別、保険者種別、都道府県別の特定健診・保健指導の実施状況、メタボ率 等
- ・分析結果は、厚生労働省のホームページで広く公開

<特定健診の検査項目>

- ・質問票(服薬歴、喫煙歴 等)、身体計測(身長、体重、BMI、腹囲)、血圧測定、血液検査(脂質検査、血糖検査、肝機能検査)、尿検査(尿糖、尿蛋白)

※詳細健診(医師が必要と認める場合に実施)

→心電図検査、眼底検査、貧血検査、血清クレアチニン検査(2018年度~)

<経緯・目的>

加齢に伴い虚弱等の壮年期とは異なる健康課題を抱える高齢者への保健事業の実施に係る指針として取りまとめた「高齢者の保健事業ガイドライン」(平成30年4月)について、令和2年4月から施行される高齢者保健事業と介護予防の一体的実施が市町村において円滑に行えるよう、本ガイドラインの改定に向けた検討を行っているところ。

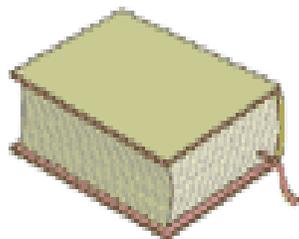
令和2年度においては、本ガイドラインに基づき実施した保健事業の継続的な事業検証等を行う。

<平成30年度>
ガイドライン策定

<令和元年度>
ガイドライン改定

1. 効果検証会議の実施

- 高齢者保健事業と介護予防の一体的実施の取組状況・現状分析
 - 実施自治体への指導助言
 - 収集したデータに基づく詳細な分析
 - 取組状況を類型化し、類型ごとの効果検証を実施
- ※年5回程度開催予定
※専門知識のある有識者が随時参加【構成員:15人、作業チームの人員:10人程度】
※外部(民間シンクタンク)への委託により運営



継続的な事業検証を実施



2. 研修会・ヒアリング等の実施

- (1)研修会(年1回開催予定)
広域連合・市区町村職員を対象に、事業の趣旨・目的・背景、事業の企画・運営、保健事業の実施に必要な技術的、専門的事項などについて理解を深めるための研修会を実施。
- (2)ヒアリング(年2、3回開催予定)
広域連合・市区町村職員や有識者を招集し、取組状況や結果、専門的知見等の意見徴収を行うヒアリングを実施
- (3)その他、必要に応じて運営に係る会合を実施

※「高齢者の保健事業のあり方検討ワーキンググループ」により検討・精査

○保険者協議会における保健事業の効果的な実施支援事業

令和2年度予算(案) : 0.9億円
(令和元年度予算額 : 0.9億円)

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

- ※1 都道府県内の医療費の適正化については、被用者保険を含め、都道府県と保険者が同じ意識をもって共同で取り組む必要がある。こうした観点から、保険者と後期高齢者広域連合が都道府県ごとに共同で「保険者協議会」を組織し(高齢者医療確保法)、都道府県や必要に応じて医療関係者等の参画も得て会議を開催している。
- ※2 第3期の医療費適正化計画からは、都道府県が医療費適正化計画の策定に当たって、保険者協議会に事前に協議することとなった。また、都道府県は、計画に盛り込んだ施策の実施に関して必要があると認めるときは、保険者協議会を通じて、保険者、医療関係者等に必要な協力を求めることができることとされている。

【保険者協議会が行う事業(補助率)】

◇保険者協議会の開催等(1/2)

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

◇データヘルスの推進等に係る事業(1/2)

保険者等が実施する、健康・医療情報を活用してPDCAサイクルに沿った効果的かつ効率的な保健事業の推進を図るために実施する事業等

◇特定健診等に係る受診率向上のための普及啓発に係る事業(1/2)

特定健診等の受診率向上のため、保険者等が共同して行う積極的な普及・啓発活動等

◇特定健診等の円滑な実施のための事業(1/2)

保険者等への情報提供を迅速かつ効率的に実施するためのHPの作成等

◇特定保健指導プログラム研修等事業(1/2)

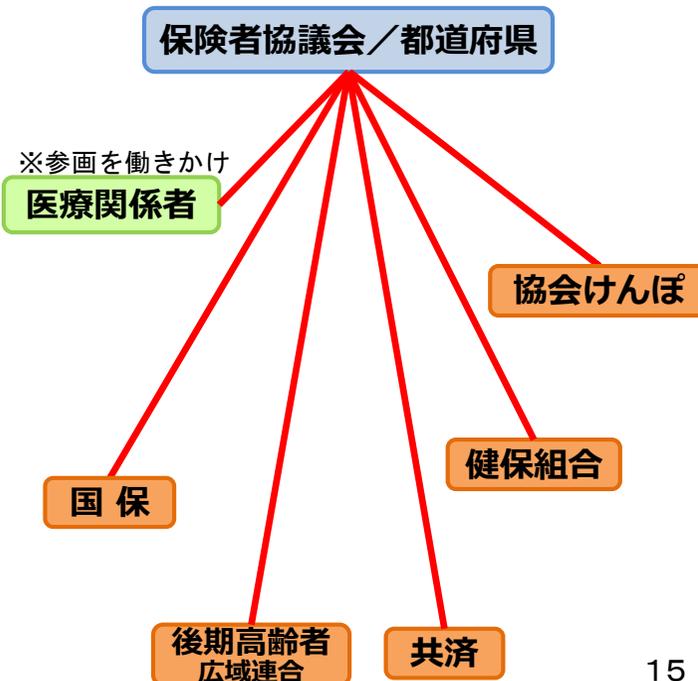
特定保健指導を行う医師、保健師及び管理栄養士等に対するプログラム習得のための研修の実施

◇特定保健指導実施機関の評価事業(1/2)

◇特定健診と各種検診の同時実施の促進事業(1/2)

被用者保険の被扶養者向け健診と自治体のがん検診等の同時実施等

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



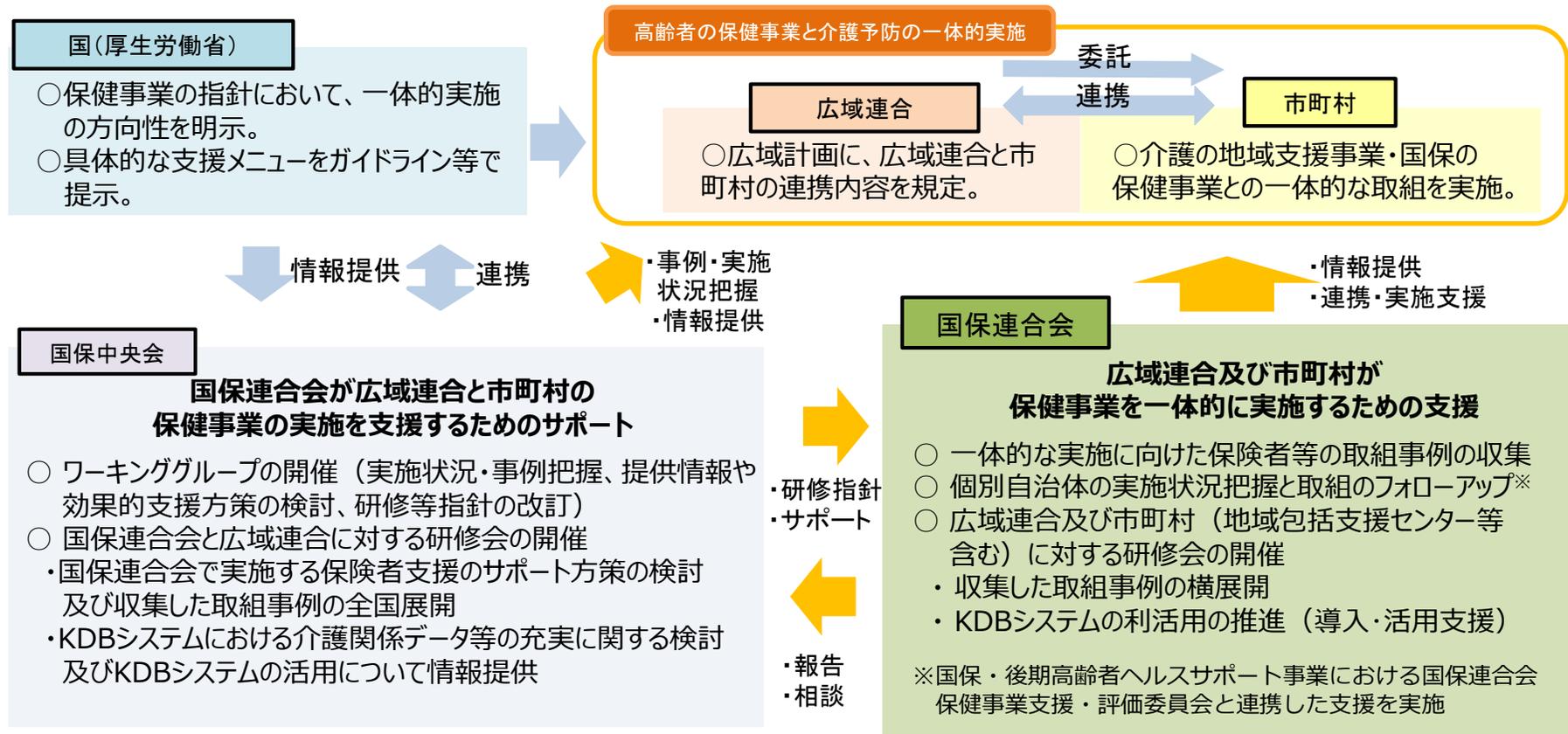
○ 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施の全国的な横展開等に要する経費

令和2年度予算(案):1.1億円
(令和元年度予算額:1.1億円)

<経緯・目的>

- 令和元年5月の健保法等改正※に伴い、令和2年度より高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施の取組が規定された。
- これらを踏まえ、令和2年より後期高齢者医療広域連合（以下「広域連合」という。）及び市町村において開始される高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施の円滑な導入や推進を目的とした支援事業を行う。
- 国保中央会及び国保連合会においては、広域連合及び市町村が行う高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施について、国から示される高齢者の保健事業ガイドライン等に基づき、研修会の開催や個別事業のフォロー等により支援していく。

※ 高齢者の医療の確保に関する法律（昭和57年法律第80号）第125条（高齢者保健事業）において、高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施の取組が規定され、第131条（高齢者保健事業等に関する援助等）では、国保連合会による支援が位置づけられた。



○糖尿病性腎症患者重症化予防の取組への支援

令和2年度予算（案）：0.5億円
（令和元年度予算額：0.5億円）

（背景）

「経済財政運営と改革の基本方針2019」（令和元年6月21日閣議決定）及び成長戦略フォローアップ（令和元年6月21日閣議決定）において、糖尿病等の生活習慣病の重症化予防に関して、先進・優良事例の横展開を推進することとされている。

日本医師会、日本糖尿病対策推進会議との連携協定に基づく「糖尿病性腎症重症化予防プログラム」等を参考にしながら、さらに効果的に取組を推進する。

（事業内容）

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

＜実施例＞

医療保険者



- ・ レセプトデータ
- ・ 特定健診データ

- ・ 特定健診データ、レセプトデータから選定した対象者の事業参加を主治医に確認



主治医

- ・ 治療
- ・ 重症化予防事業への参加勧奨

- ・ 主治医から了解の得られた被保険者に対して、重症化予防事業を案内

被保険者



- ・ 重症化予防事業への参加

○後期高齢者医療の被保険者に係る歯科健診

令和2年度予算(案) 7.0億円
(令和元年度予算額 7.0億円)

概要

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

※経済財政運営と改革の基本方針2019

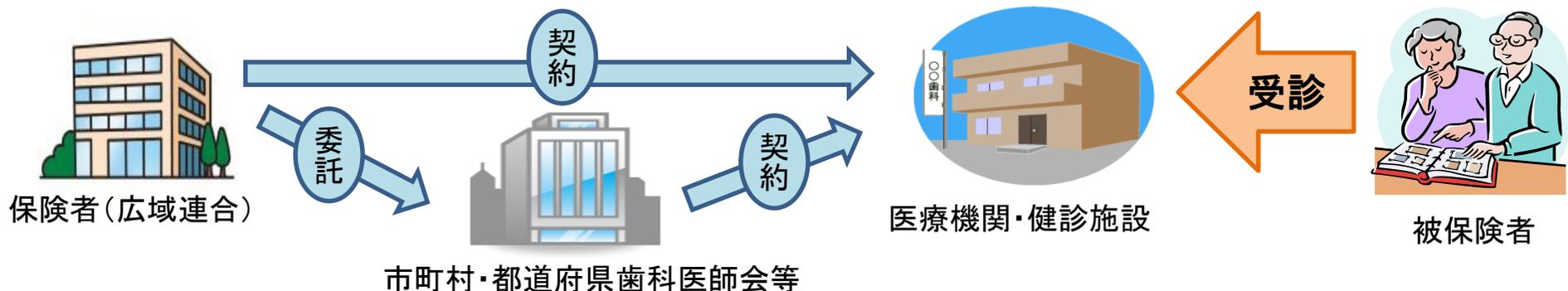
口腔の健康は全身の健康にもつながることからエビデンスの信頼性を向上させつつ、国民への適切な情報提供、生涯を通じた歯科健診、フレイル対策にもつながる歯科医師、歯科衛生士による口腔健康管理など歯科口腔保健の充実、入院患者等への口腔機能管理などの医科歯科連携に加え、介護、障害福祉関係機関との連携を含む歯科保健医療提供体制の構築に取り組む。

- 健康増進法に基づき実施されている歯周疾患検診や、厚生労働省において平成30年10月に策定した「後期高齢者を対象とした歯科健診マニュアル」などを参考にしつつ、高齢者の特性を踏まえた健診内容を各広域連合で設定。

〈例：後期高齢者を対象とした歯科健診マニュアル〉

咀嚼機能、舌・口唇機能、嚥下機能、口腔乾燥、歯の状態等（歯の状態、粘膜の異常、歯周組織の状況）

- 市町村や都道府県歯科医師会等への委託等により実施。



【参考：実施広域連合数】

平成26年度	平成27年度	平成28年度	平成29年度	平成30年度
16広域連合	31広域連合	43広域連合	45広域連合	47広域連合

○予防・健康インセンティブ推進事業に係る経費

令和2年度予算(案) : 1. 2億円
(令和元年度予算額 : 1. 3億円)

2020年に向けて、健康長寿社会の実現や医療費の適正化を図るため、経済団体、保険者、自治体、医療関係団体等で構成される「日本健康会議」における先進的な予防・健康づくりのインセンティブを推進する自治体を増やすなどの目標を達成するための取組を支援するための経費。

(1) 日本健康会議

- ◆ 経済界・医療関係団体・自治体・保険者のリーダーが手を携え、健康寿命の延伸と医療費の適正化を目的として、先進的な予防・健康づくりの取組を全国に広げるため、民間主導で「日本健康会議」を2015年7月に発足。
- ◆ 2020年までの数値目標(KPI)を入れた「健康なまち・職場づくり宣言2020」を採択。
- ◆ この目標を着実に達成するため、
 - ① 厚労省と日本健康会議において、毎年、全保険者を対象として調査を実施し、その結果を公表。
※2019年度調査の結果は、『日本健康会議2019』において、宣言の達成に向けた進捗状況として報告。
 - ② 「日本健康会議 データポータルサイト」を開設し、県別や業界別などの形で取組状況を「見える化」。
- ◆ 地域版の日本健康会議の開催も進めていく。

<2019年度の開催状況>

日時・会場：2019年8月23日(金) @イイノホール &カンファレンスセンター

1. 主催者・来賓挨拶

日本健康会議共同代表 日本商工会議所 会頭 三村 明夫
厚生労働大臣 根本 匠
経済産業大臣 世耕 弘成
自由民主党総務会長 加藤 勝信

2. 保険者の取組状況の報告～4年目を迎えた「宣言」達成状況の概要～

(1) 「健康なまち・職場づくり宣言2020」達成状況の報告

日本健康会議事務局長 渡辺 俊介

(2) 保険者の取組状況の報告

全国健康保険協会 理事長 安藤 伸樹
健康保険組合連合会 常務理事 河本 滋史
国民健康保険中央会 理事長 原 勝則

3. 地域での健康寿命延伸・健康づくりの推進先進県の取組み

熊本県知事 蒲島 郁夫
三重県知事 鈴木 英敬

4. 日本健康会議 一成果と今後の取組み

日本健康会議共同代表 公益社団法人日本医師会 会長 横倉 義武
(ほか、関係者から各種取組等を報告)



『日本健康会議2019』の様子

個人の健康づくりに対する意欲を喚起する取組を、医療保険者、企業、地方自治体等の関係者の中で広げていくため、先進事例の紹介や関係者間で問題意識の共有、医療保険者等と健康・予防サービスを提供する企業等とのマッチングの機会の提供等を行うためのデータヘルス・予防サービス見本市等を開催するための経費。

(2) データヘルス・予防サービス見本市

- 保険者が高度な専門性や人的資源を豊富に有する質の高い事業者を選定し、効率的に横展開を進めていくため、2015年度から、健康・予防サービスを提供する事業者と医療保険者等とが出会い、協働・連携を推進させる場として「データヘルス・予防サービス見本市」を開催。
- 2019年度は、東京（11月26日、11月27日）で2日間開催。



データヘルス・
予防サービス見本市2019

東京会場

開催日：2019年11月26日（火）、27日（水）
場所：プリズムホール（東京都文京区）
来場者数（延べ人数）：約2,600名

データヘルス・予防サービス見本市2019の様子



出展事業者 60社以上
(うち、新規出展は 20社)

出展事業者ブースは、
5つのテーマで展示

- ①データヘルス計画
- ②特定健診・特定保健指導の実施率向上対策
- ③生活習慣病の重症化予防・フレイル対策
- ④予防・健康づくりのインセンティブ
- ⑤健康経営・職場環境の整備

主催者セミナー・
出展者セミナーも2日間開催

予防・健康づくりに関する大規模実証事業（健康増進効果等に関する実証事業）

令和2年度予算（案） 7.3億円（内保険局分2.9億円）（新規）

保険者等に対して適切な予防健康事業の実施を促進するため、予防・健康づくりの健康増進効果等のエビデンスを確認・蓄積するための実証事業を行う。

● 実証事業の内容（予定）

- 特定健診・保健指導のアクセシビリティ向上策の実証事業
- がん検診のアクセシビリティ向上策等の実証事業
- AI・ICTを活用した予防・健康づくりの効果実証事業
- 重症化予防プログラムの効果検証事業
- 個人インセンティブの効果検証事業
- 歯周病予防に関する実証事業
- AI・ICT等を活用した介護予防ツール等の効果・普及実証事業
- 健康増進施設における標準的な運動プログラム検証のための実証事業
- 女性特有の健康課題に関するスクリーニング及び介入方法検証のための実証事業
- 食行動の変容に向けた尿検査及び食環境整備に係る実証事業

※このほか、経済産業省でも実証事業を実施

● スケジュール

成長戦略実行計画では、2020年度から実証を開始し、その結果を踏まえて2025年度までに保険者等による予防健康事業等に活用することとされていることを踏まえ、以下のスケジュールで事業を実施する。



統計的な正確性を確保するため、実証事業の検討段階から、統計学等の有識者に参加を求め、分析の精度等を担保

【参考】経済財政運営と改革の基本方針（骨太）2019～抜粋～
③疾病・介護の予防（iii）エビデンスに基づく政策の促進
上記（i）や（ii）の改革を進めるため、エビデンスに基づく評価を取組に反映していくことが重要である。このため、データ等を活用した予防・健康づくりの健康増進効果等を確認するため、エビデンスを確認・蓄積するための実証事業を行う。

東日本大震災の特別措置の延長 (医療保険者等への財政支援措置)

令和2年度予算(案)

37.9億円(56.7億円)

(ほか介護分:0.7億円(1.4億円))

(計:38.6億円(58.1億円))

()の金額は平成31年度当初予算額

1. 一部負担金の免除等による財政支援(29.3億円(40.8億円))

①一部負担金の免除等による財政支援

(29.1億円(40.6億円))

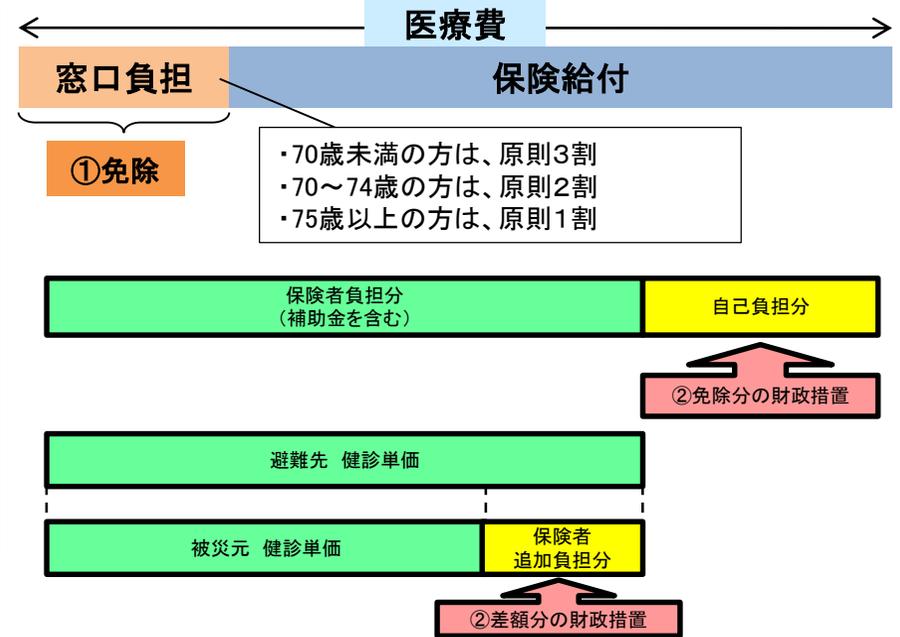
東電福島第一原発の事故により設定された避難指示区域等の住民の方の医療機関等での一部負担金を免除した保険者等への補助

②特定健診の自己負担金の免除等による財政支援等

(0.2億円(0.2億円))

東電福島第一原発の事故により設定された避難指示区域等の保険者等への補助

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



2. 保険料の免除による財政支援 (8.6億円(15.9億円))

①保険料の免除による財政支援(7.3億円(14.6億円))※

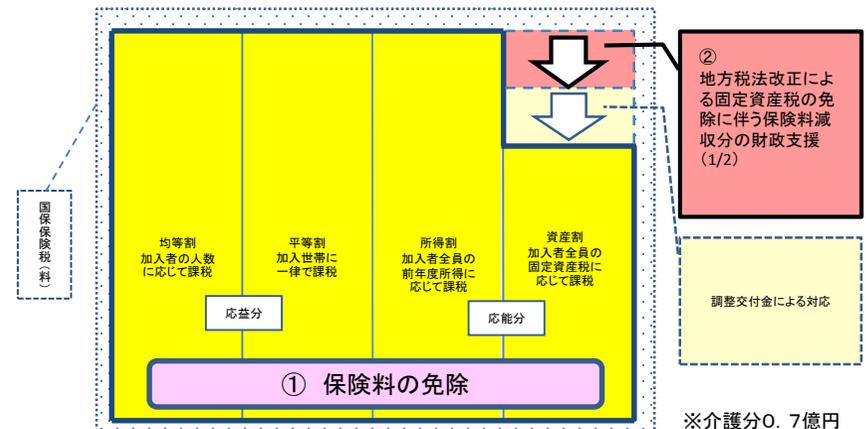
東電福島第一原発の事故により設定された避難指示区域等の住民の方の保険料を免除した保険者等への補助

※このほか、介護分0.7億円(1.4億円)

②固定資産税の課税免除に伴う保険者への財政支援

(1.3億円(1.3億円))

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



令和元年12月19日
健康保険組合連合会

「全世代型社会保障検討会議」中間報告等について (大塚陸毅会長コメント)

12月19日、政府の全世代型社会保障検討会議は中間報告を取りまとめた。本会は、団塊の世代が75歳に到達し始め、医療保険財政が急速に悪化すると見込まれる「2022年危機」を乗り切るための活動を行っているところであり、今般、関係者の尽力により中間報告が取りまとめられたことに敬意を表する。

中間報告では、全世代型社会保障の構築に向けて、後期高齢者の窓口負担の2割への引き上げが盛り込まれた。本会としては、低所得者に配慮しつつ原則2割負担を主張してきたところであり、今回、2割負担導入の方向性を打ち出したことは評価できる。しかし、その対象範囲など具体案は今後の議論に委ねられており、財政影響等も踏まえ、現役世代の負担軽減につながるよう引き続き求めていく。

また、紹介状なしで大病院を外来受診した場合の定額負担制度の対象を拡大する方針についても、病院・診療所における外来機能の明確化、公的医療保険の負担軽減を図る見直しの観点から評価したい。

さらに、短時間労働者に対する適用拡大については、健保組合への財政影響を踏まえて、十分な財政支援策を講ずるべきである。

中間報告でも指摘された2022年以降も続く高齢化や現役世代の減少等の見通しを踏まえれば、わが国の医療保険制度は、より一層厳しい状況に直面することが予測される。こうしたなかで、健保組合は、職域を基盤とした効果的な保健事業等の取り組みを通じ、中長期的に「支える側」の拡大に貢献していく所存である。

一方、令和2年度診療報酬改定率については、診療報酬本体が実質0.55%の引き上げとなり、薬価等改定分(マイナス1.01%)について、国民へ還元されることなく本体に充当された。本会として、診療報酬はマイナス改定とし、併せて薬価等引き下げ分は診療報酬本体に充当することなく、国民に還元すべきと主張してきたところであり、誠に遺憾である。今後の議論においては、医師の働き方改革への対応について、引き続き、「真に緊急性が高く、救急医療など厳しい労働環境にある勤務医の負担軽減や医療安全の向上につながる部分に限定すべき」と主張していくとともに、限られた財源を適正かつ効果的に配分していくことを強く求めていく。

最後に、全世代型社会保障検討会議の最終報告及び「骨太方針2020」では、国民皆保険制度の維持に向けて、支え手の中核である健保組合が将来の展望を見出せるよう、制度の持続性の確保に向けて給付と負担の関係、とくに世代間のアンバランスや保険給付の範囲を見直す改革の方向性を打ち出すべきである。本会は、引き続き関係各方面の理解を求め、改革実現に向けた活動を継続していく。政府においても、痛みを伴う改革から目を背けることなく、改革議論に取り組むことを強く望む。