

第 193 回社会保障審議会医療保険部会 議事次第

令和 7 年 4 月 3 日（木）
16 時 00 分～18 時 00 分
場 所：全 国 都 市 会 館

（ 議 題 ）

1. マイナ保険証の利用促進等について
2. 被用者保険における予防・健康づくりの推進について
3. 第 3 期医療費適正化計画の実績評価及び第 4 期全国医療費適正化計画について（報告）
4. 年金額の改定を踏まえた自己負担の所得区分における基準額の調整について
5. 医療法等の一部を改正する法律案の閣議決定について（報告）

（ 配布資料 ）

- 資 料 1 マイナ保険証の利用促進等について
- 資 料 2 被用者保険における予防・健康づくりの推進について
- 資 料 3 第 3 期医療費適正化計画の実績評価及び第 4 期全国医療費適正化計画について
- 資 料 4 年金額の改定を踏まえた自己負担の所得区分における基準額の調整について
- 資 料 5 医療法等の一部を改正する法律案の閣議決定について
- 参考資料 1 第 3 期全国医療費適正化計画の実績に関する評価（実績評価）
- 参考資料 2 高齢者の医療の確保に関する法律第八条第一項の規定に基づき定める計画の全部を改正する件

社会保障審議会医療保険部会 委員名簿

いながわ ひでかず 伊奈川 秀和	国際医療福祉大学医療福祉学部教授
うちほり まさお 内堀 雅雄	全国知事会社会保障常任委員会委員長／福島県知事
おおすぎ かずし 大杉 和司	日本歯科医師会常務理事
かねこ ひさし 兼子 久	全国老人クラブ連合会理事
きくち よしみ ○ 菊池 馨実	早稲田大学理事・法学学術院教授
きたがわ ひろやす 北川 博康	全国健康保険協会理事長
きもり こくと 城守 国斗	日本医師会常任理事
こうの ただやす 河野 忠康	全国町村会理事／愛媛県久万高原町長
さの まさひろ 佐野 雅宏	健康保険組合連合会会長代理
しま ひろじ 島 弘志	日本病院会副会長
そでい たかこ 袖井 孝子	NPO法人高齢社会をよくする女性の会理事
たなべ くにあき ◎ 田辺 国昭	東京大学大学院法学政治学研究科教授
なかむら さやか 中村 さやか	上智大学経済学部教授
にん かずこ 任 和子	日本看護協会副会長
はら かつのり 原 勝則	国民健康保険中央会理事長
ふじい りゅうた 藤井 隆太	日本商工会議所社会保障専門委員会委員
まえば やすゆき 前葉 泰幸	全国市長会相談役・社会文教委員／津市長
むらかみ ようこ 村上 陽子	日本労働組合総連合会副事務局長
よこお としひこ 横尾 俊彦	全国後期高齢者医療広域連合協議会会長／多久市長
よこもと みつこ 横本 美津子	日本経済団体連合会社会保障委員会医療・介護改革部会長
わたなべ だいき 渡邊 大記	日本薬剤師会副会長

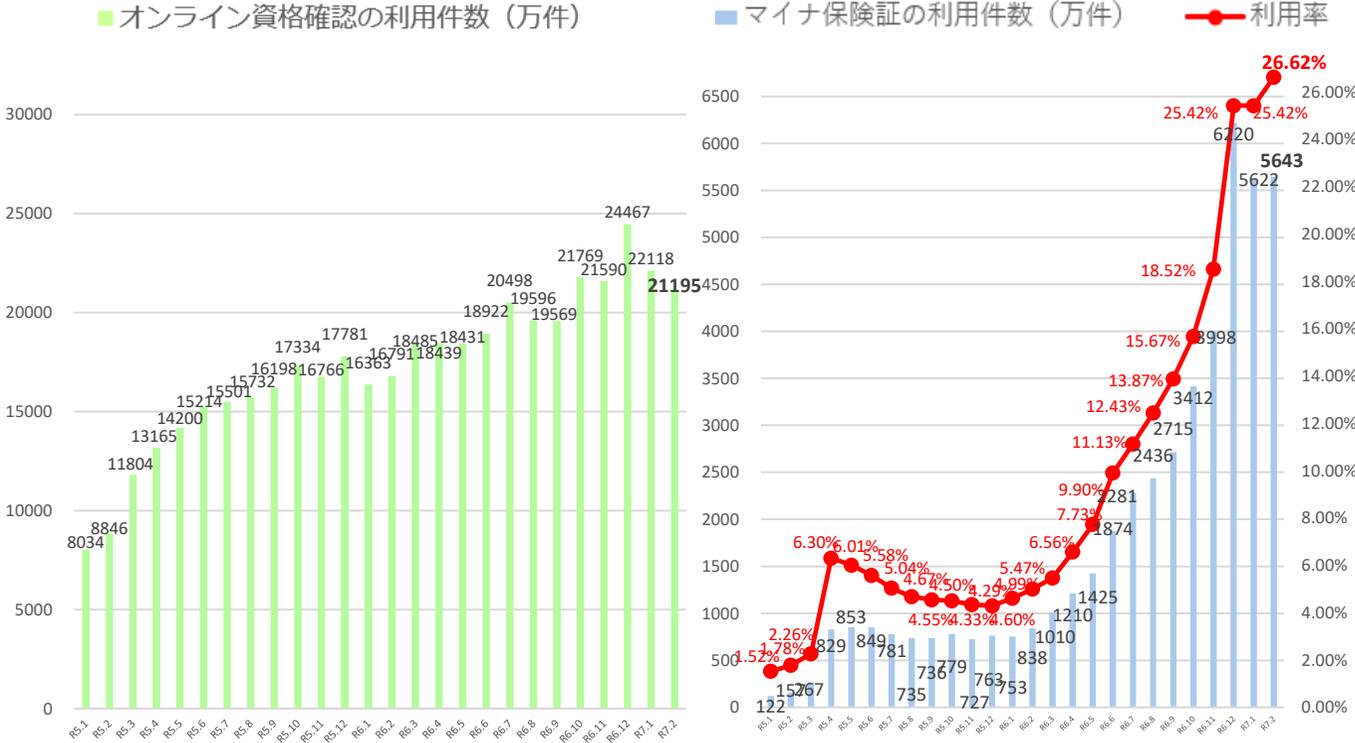
マイナ保険証の利用促進等について

厚生労働省 保険局

Ministry of Health, Labour and Welfare of Japan

オンライン資格確認の利用状況

※利用率=マイナ保険証利用件数/オンライン資格確認利用件数



【2月分実績の内訳】

	合計	マイナンバーカード	保険証
病院	15,140,259	6,831,395	8,308,864
内科診療所	88,236,848	22,040,486	66,196,362
歯科診療所	17,161,172	6,770,867	10,390,305
薬局	91,413,072	20,787,832	70,625,240
総計	211,951,351	56,430,580	155,520,771

	特定健診等情報 (件)	薬剤情報 (件)	診療情報 (件)
病院	1,921,584	999,999	3,067,498
内科診療所	6,475,470	7,428,677	16,732,239
歯科診療所	1,774,402	1,308,827	1,697,224
薬局	6,384,770	5,416,717	10,771,737
総計	16,556,226	15,154,220	32,268,698

＜参考＞

令和7年2月のマイナ保険証利用人数（2,541万人）から、当該月に医療機関に受診した人の推計値（6,660万人）を用いて、一月に医療機関を受診した人のうち、マイナ保険証を利用した人の割合（推計値）を算出すると以下のとおり。

医療機関受診者に占めるマイナ保険証利用者の割合	38.2%
医療機関受診者（MNC保有者）に占めるマイナ保険証利用者の割合	48.9%
医療機関受診者（マイナ保険証登録者）に占めるマイナ保険証利用者の割合	57.9%

※医療機関受診者数とマイナ保険証利用者数は、月内に保険者を異動し、両保険者において医療機関を受診した又はマイナ保険証を利用した場合はダブルカウントされる。

※医療機関受診者数については、加入者数に患者割合をかけることで算出。加入者数については令和6年10月までは医療保険医療費データベースによる実績値、11～2月は過去の伸び率から推計して算出。

患者割合は、令和4年度の医療給付実態調査における診療種別計の患者割合を元に、医療保険医療費データベースにおける直近の入院外＋歯科の受診率を用いて推計し算出。

※医療機関受診者のうちMNC保有者及びマイナ保険証保有者の算出は、全人口のうちMNC保有者（78.0%）やMNC保有者のうちマイナ保険証利用登録者（84.5%）を用いて推計。

1. 外来診療等におけるスマホ搭載対応
2. 顔認証付きカードリーダーの運用改善
3. 顔認証付きカードリーダーの故障時等における居宅同意取得型の活用
4. マイナ保険証を基本とする仕組みへの円滑な移行に向けた対応
5. 訪問看護ステーション、柔道整復師、あん摩マッサージ指圧師、はり師、きゅう師の施術所におけるオンライン資格確認
6. マイナ救急の実証事業の取組
7. 診察券とマイナンバーカードの一体化に向けた対応

外来診療等におけるスマホ搭載対応

ひと、暮らし、みらいのために

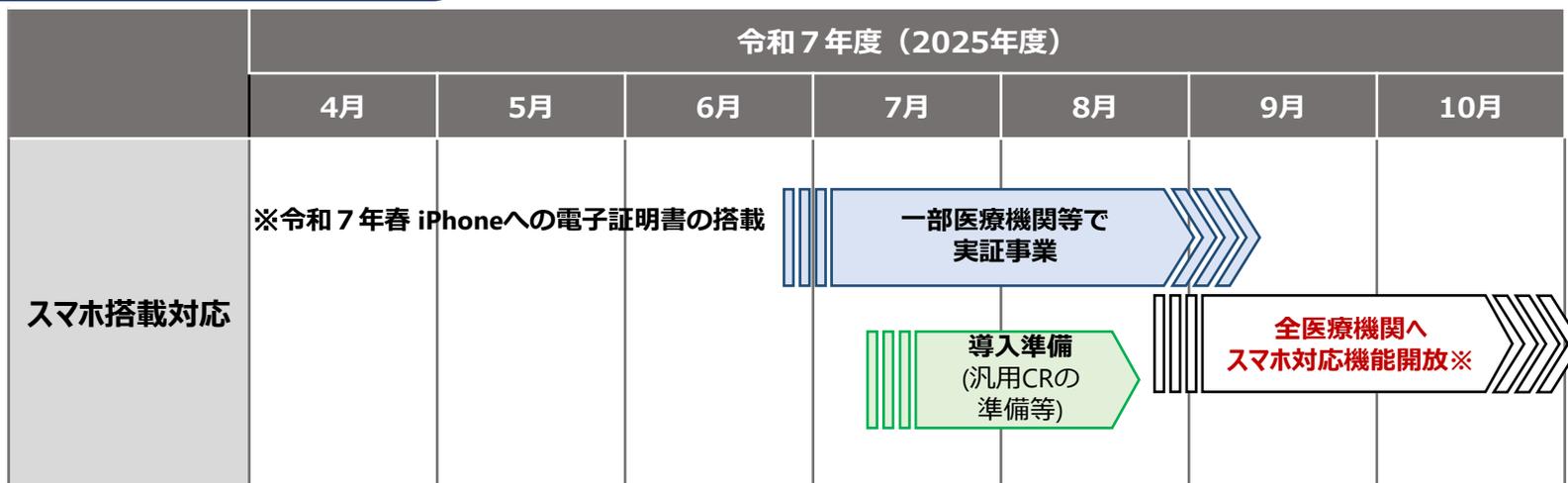


厚生労働省
Ministry of Health, Labour and Welfare

外来診療等におけるスマホ搭載対応について

- iPhoneへの電子証明書の搭載後、Androidも含めて、スマホ搭載されたマイナ保険証の使用について一部の医療機関等（約10施設）において実証事業を実施予定。
- 実証事業において窓口での動作確認やスマホ保険証を用いた資格確認時に生じるエラー等の検証を行った後、導入を希望する医療機関等より順次、スマホ保険証の利用を開始する想定。

令和7年度の実施スケジュール（想定）



※環境が整った医療機関等から徐々に運用開始
(全医療機関に導入を義務付けるものではない)

実証事業の概要

先行してスマホ搭載対応の環境が整備された医療機関等において、患者がスマホ保険証を用いた場合の資格確認が問題なく実施されるか、以下の観点を念頭において確認する。

- 患者向け : スマホをかざす場所や画面操作方法に分かりづらい点がないか、マイナンバーカードと同じようにご利用いただけるか
- 医療機関等向け : 導入のための機器設定や運用に分かりづらい点がないか、誤操作等に起因するエラーにより窓口が混乱することがないか など

※実証事業を実施する医療機関等については、病院：3施設、医科診療所：4施設、歯科診療所：2施設、薬局：2施設程度を予定。

※令和7年度の運用コスト（約6,000万円）がオンライン資格確認等システムの運営費用に追加される。

スマートフォンでの保険証利用について

スマートフォンでのマイナ保険証は、スマホ用電子証明書の搭載準備を行った上で、医療機関・薬局の顔認証付きカードリーダーで操作をした上で、汎用カードリーダーにかざして利用。

事前準備

○ (iPhoneのみ) 生体認証 (FaceID・TouchID 等) の登録

※iPhone本体の生体認証 (FaceIDまたはTouchID) が登録されていることが
スマホ用電子証明書の登録 (発行) には必要です。

○ スマホ用電子証明書の利用申請

※申請にはマイナンバーカードと署名用電子証明書 (原則15歳以上に発行) が必要です。

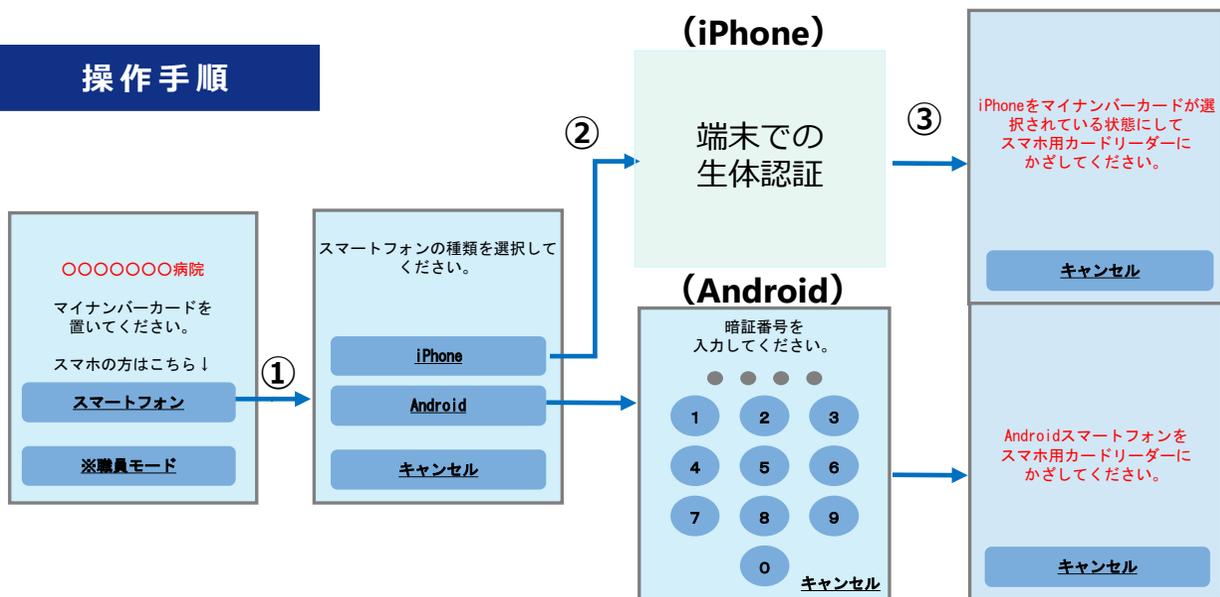
○ スマートフォンへの電子証明書の登録

※マイナ保険証の利用登録がお済みでない方は、あわせてマイナポータル上から登録可

(参考) 汎用カードリーダーの設置イメージ



操作手順



【操作の流れ】

- ①顔認証付きカードリーダーでスマホ利用を選択
- ②該当する端末を選び、対応する本人認証を実施
- ③スマホを汎用CRにかざし電子証明書を読み取る
⇒マイナンバーカード利用時と同様に、顔認証付きカードリーダーで同意情報を入力

※初めて受診する医療機関にはマイナンバーカードもあわせてお持ち下さい

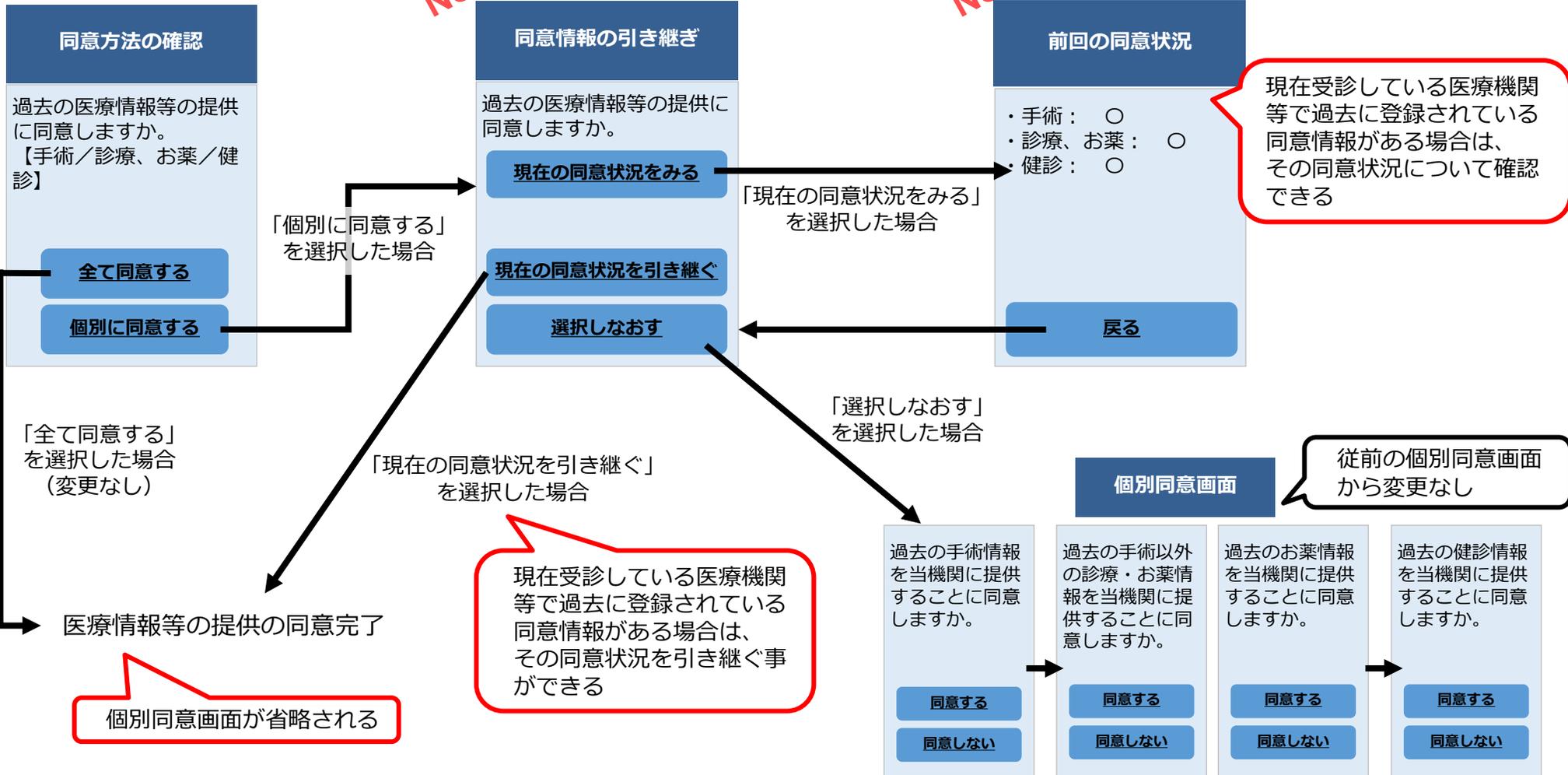
顔認証付きカードリーダーの運用改善



顔認証付きカードリーダーの操作方法について

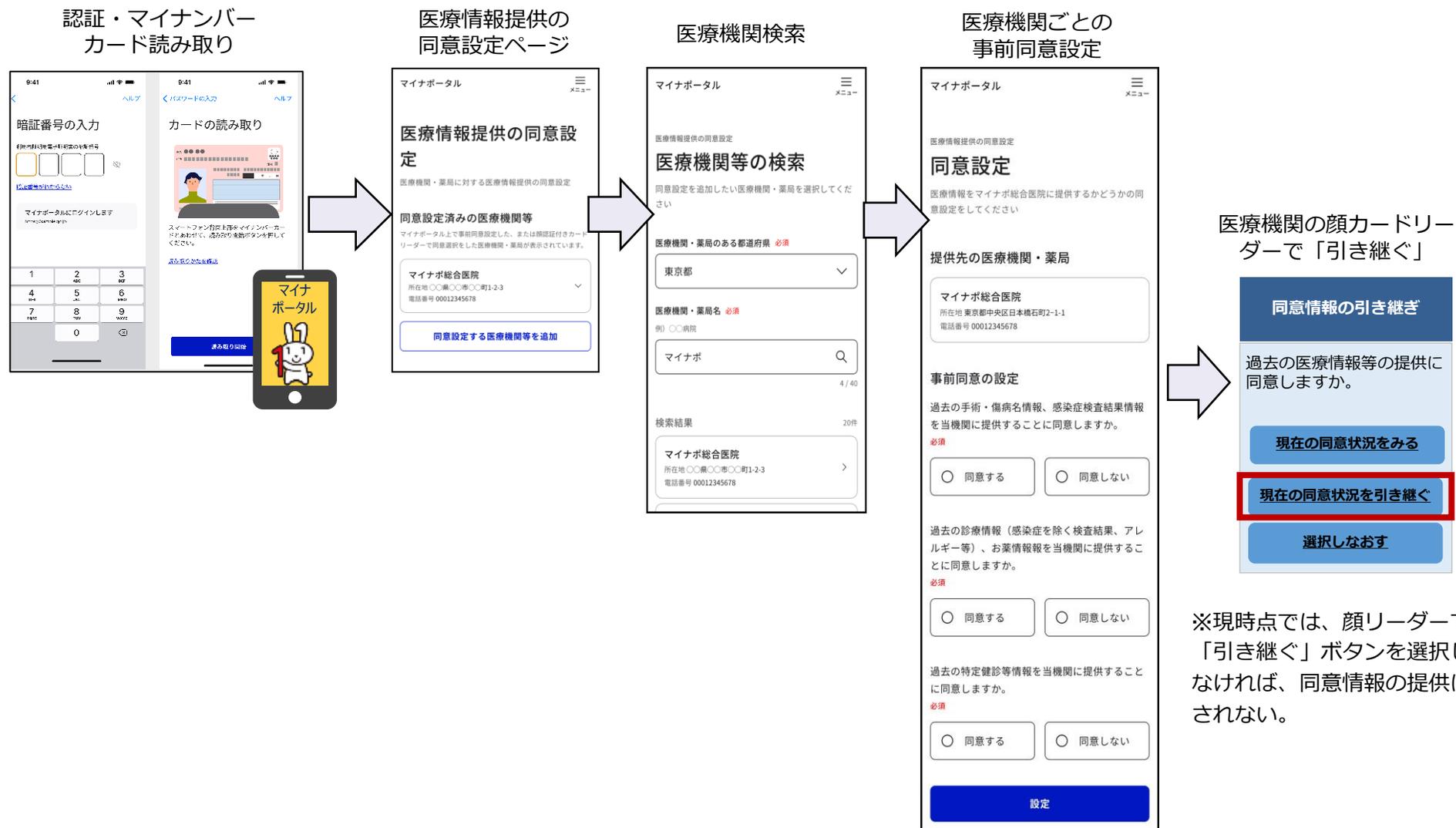
2025年2月1日より顔認証カードリーダーの画面が変更になり、医療機関ごとに前回の同意状況を引き継ぎます。

既存画面



マイナポータルを活用した同意情報の事前設定について

医療機関毎に医療情報提供の同意設定をマイナポータルで事前に入力しておくことが可能になります。



目視確認モードの改善

顔認証がうまくいかない場合等の資格確認をスムーズに行えるよう、4月6日から目視確認モードの運用を改善。

医療機関・薬局のみなさまへ

顔認証付きカードリーダーの目視確認モードが改善されました

何らかの事情で顔認証や暗証番号での本人確認ができない方に対してご利用いただく、目視確認モードについて、これまでは立ち上げる際に資格確認端末から操作が必要でしたが、顔認証付きカードリーダーの操作のみで利用できるように改善されました。

目視確認モードの使用場面

以下のような場合に、医療機関等の職員が顔認証付きカードリーダーを目視確認モードに切り替え、目視確認を行ってください。

- 顔認証がうまくいかず、かつ患者本人が暗証番号を忘れてしまった(又は暗証番号を3回連続で間違えてロックがかかった)場合
- 患者ご本人が認知症・障害等により、顔認証や暗証番号の入力操作が上手くできない場合
- 体調・状況が悪化して、顔認証や暗証番号の入力操作が上手くできない場合
- 機械のトラブル等で顔認証や暗証番号の入力操作ができない場合



目視確認モード使用時の流れ

目視確認モードを使用するにあたり、事前にオンライン資格確認等システムのアカウントごとにパスワードの発行が必要です。裏面の手順で設定してください。

- 1 顔認証付きカードリーダーの画面で《職員用ボタン》を選択してください。
- 2 事前に発行された目視確認用パスワードを入力してください。
- 3 職員が顔写真を目視で確認して本人確認を行い患者にマイナンバーカードを顔認証付きカードリーダーに置くことをご案内ください。



④以降は通常どおりの同意画面に遷移します

目視確認用パスワードの発行方法

- 1 オンライン資格確認等システムにログインします。「メニュー」の《アカウント情報管理》から《目視確認用パスワード発行》をクリックします。
 - 2 「目視確認用パスワード発行」が表示されますので、《発行》をクリックします。
 - 3 確認メッセージが表示されますので、《OK》をクリックします。
 - 4 パスワード(4桁)が表示されますので、ご確認ください。確認後、《OK》をクリックします。※《OK》をクリックすると、パスワードを再表示できませんので、ご注意ください。
-

よくある質問

- Q. 目視確認用パスワードは、施設あたり1つの発行で良いですか？
- A. オンライン資格確認等システムのアカウントごとに4桁の目視確認用パスワードを発行する必要があります。レセコンの改修を行えば、レセコンからも目視確認用パスワードの発行が可能になります。
- Q. 目視確認用パスワードには、有効期限はありますか？
- A. 有効期限はありません。
- Q. 目視確認用パスワードを忘れてしまいました。どこかで確認できますか？
- A. 発行済パスワードの照会機能はありません。忘れた場合は、新しいパスワードでの再発行が必要です。

厚生労働省 Webサイト
(医療機関・薬局、
システムベンダ向け)



医療機関等向け
総合ポータルサイト



厚生労働省
Ministry of Health, Labour and Welfare

次期顔認証付きカードリーダーについて

- 現行の顔認証付きカードリーダーは、医療DXの基盤となるオンライン資格確認を行うための重要なインフラとして普及を推進し、概ねすべての医療機関等へ導入が完了。
- マイナ保険証を基本とする仕組みへの移行も踏まえ、更なるカードリーダーの利便性向上のため、保守期限の到来（令和8年3月末から順次）に向けて次の規格の顔認証付きカードリーダーの仕様を令和7年2月17日に公表し、メーカーを公募。令和8年夏頃から販売開始見込み。

次期顔認証付きカードリーダーの仕様に係る検討方針

マイナ保険証での資格確認に当たっては、顔認証が医療機関・薬局に浸透しつつある中、現状では引き続き顔認証付きカードリーダーが必要であり、これまでの運用での課題や今後のニーズを踏まえ、患者・医療機関双方の利便性が向上されるよう、カードリーダーの製造に当たっての要件を追加しつつ、性能改善を図る。

現行のカードリーダーの運用上の課題・ニーズ

- 今後搭載予定のスマホ用電子証明書の読み取りには一部機種しか対応していない（外付けの汎用カードリーダーが必要）
- 視覚障害者が一人でカードリーダー上の操作（顔認証、暗証番号の入力等）を行うことが困難
- 端末によって画面（特に同意ボタン）がバラバラで操作しづらい、高齢者にとっては文字が判読しづらい
- 顔認証やその他の場面でエラーが起きて受付に時間がかかる

次期顔認証付きカードリーダーでの対応

- 顔認証付きカードリーダー単体でのスマホ用電子証明書の読み取りに対応
- 認証状況やエラーの発生に関する音声案内機能
- 操作手順に関する音声案内機能、テンキー搭載（※）
- 画面レイアウトの統一や、視認性、操作性の改善等によるユーザビリティの向上
- 顔認証精度の向上による顔認証エラーの低減、エラー時の自動再接続による復旧時間の短縮 等

このほか、接続エラー低減のための端末接続部の耐久性強化や、複数台の顔認証付きCRを1台の資格確認端末（PC）に対して接続する等の性能改善も実施。

顔認証付きカードリーダーの故障時等における 居宅同意取得型の活用

顔認証付きカードリーダーの故障時等における 居宅同意取得型の活用について

- ・ 訪問診療等や通常の受付窓口とは異なる動線で資格確認を行う場合、患者のマイナンバーカードをモバイル端末等で読み取って資格確認を行う、オンライン資格確認（居宅同意取得型）の仕組みを活用している。
- ・ 令和7年4月より、医療機関等の窓口において、顔認証付きカードリーダーの故障や患者が顔認証付きカードリーダーの操作ができない等の理由により、資格確認ができない場合についても居宅同意取得型を利用してオンライン資格確認を行うことが可能。

顔認証付きカードリーダーの 故障時等

患者

医療機関職員



マイナンバーカードを
モバイル端末等にかざす



マイナンバーカード



医療機関の
モバイル端末等

- ※外来診療等（通常とは異なる動線）と同様の機能を利用する。
- ※資格情報のレセコン等へのデータの取り込みは、医療機関等側で操作する。
- ※診療/薬剤情報等の照会可能期間は、診療日の翌日までとする。

主な利用用途として、

- ・ 顔認証付きカードリーダーの故障時
 - ・ 車いす等の利用者や高齢者・障害者など、顔認証付きカードリーダーの操作が困難な場合 など
- を想定。

- (1) まず薬剤情報等の提供に関する同意の有無を取得し、
- (2) 4桁の暗証番号の入力のみならず、**目視確認**による本人確認を行った上で、マイナンバーカードを読み取る。

- ・ 外来診療等（通常とは異なる動線）において、目視確認による本人確認を可能とする仕組みを実装（令和7年4月6日予定）。
- ・ 顔認証付きカードリーダーの故障時等においても同様の機能を用いてオンライン資格確認を行うことを想定。

居宅同意取得型の資格確認を行う医療機関・薬局に対する財政支援 (地域診療情報連携推進費補助金)

1. 事業内容

- 医療機関・薬局における居宅同意取得型の利用に必要な以下の費用を支援する。
 - ① 顔認証付きカードリーダーの故障時等にマイナンバーカードの読取や資格確認等のためのモバイル端末等の導入
 - ② レセプトコンピュータの改修

2. 補助内容

	補助率	補助限度額 (居宅同意取得型で資格確認を行う 医療機関・薬局)
病院	1 / 2	41.1万円 事業額上限82.2万円
大型チェーン薬局	1 / 2	8.5万円 事業額上限17.1万円
診療所・薬局	3 / 4	12.8万円 事業額上限17.1万円

※ 事業額上限は、モバイル端末：4.1万円、レセプトコンピュータの改修：78.1万円（病院） / 13万円（診療所・薬局）

- ※ 上記の事業内容及び補助内容については、居宅同意取得型の導入に当たって既に補助の対象としている外来診療等（通常とは異なる動線）と同様。
- ※ 補助金申請の受付開始は令和7年7月頃を予定。

4

マイナ保険証を基本とする仕組みへの円滑な移行に向けた対応

ひと、暮らし、みらいのために



厚生労働省
Ministry of Health, Labour and Welfare

円滑な移行に向けた対応について

昨年12月以降の後期高齢者の利用状況

- 後期高齢者については、マイナ保険証への移行に一定期間要すると見込まれることや、75歳到達や転居に伴う後期高齢者医療への加入に際し、本人が十分認識しないまま、現行の保険証が失効しマイナ保険証のみになるケースがあると考えられることから、令和7年7月末の年次更新までの間は、暫定的にマイナ保険証の有無に関わらず、保険証が失効した被保険者に対して、申請を待たずに資格確認書を交付している。
- 昨年12月以降、高齢者のマイナ保険証の利用率は上昇しているものの、後期高齢者の利用率は相対的に低い状況。後期高齢者の発行済み保険証は今年7月末に一斉に有効期限を迎えるため、そのタイミングで、資格確認書の交付を求める方からの申請が、市町村の窓口集中する恐れがある。

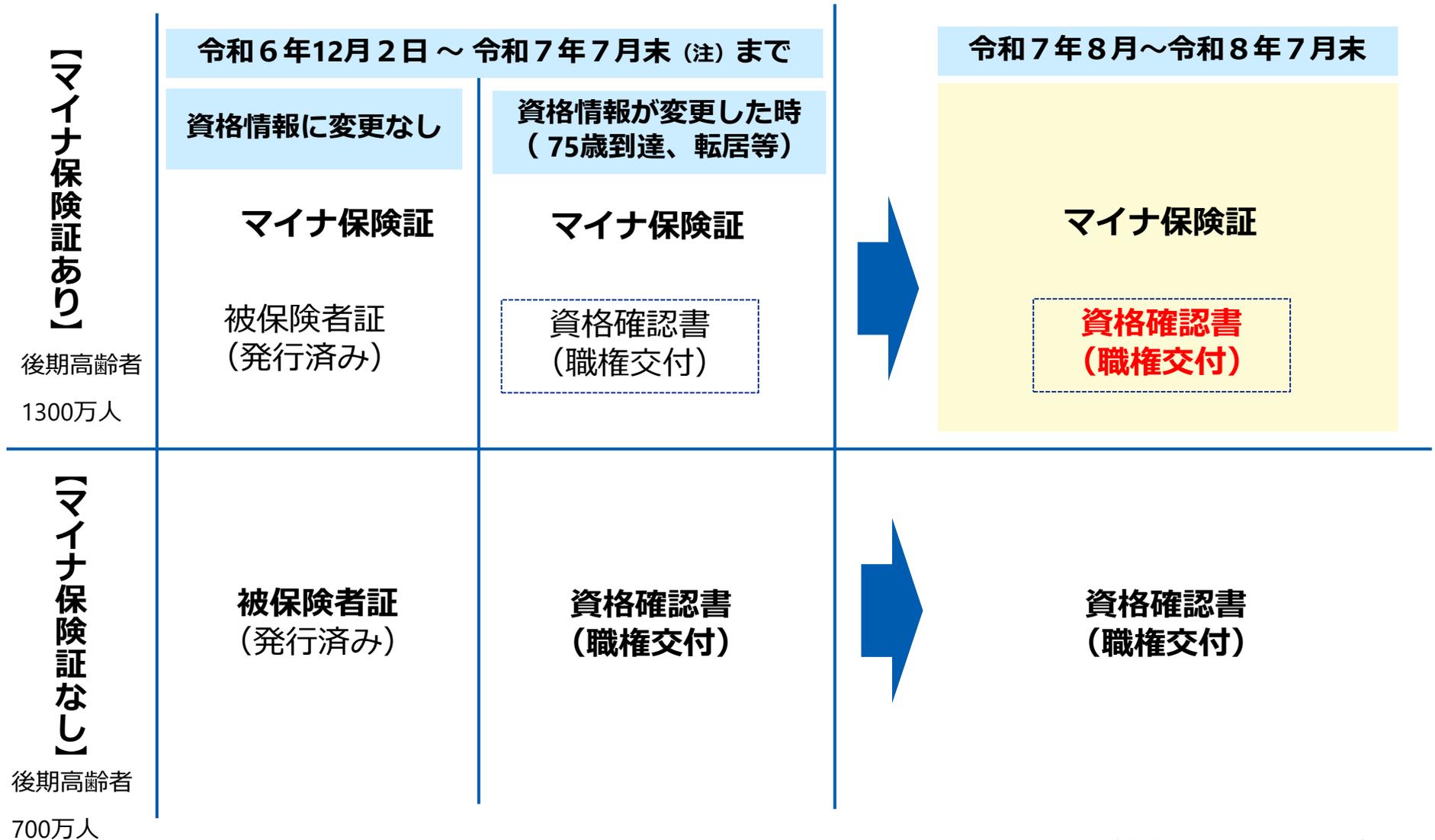
※昨年12月のマイナ保険証利用率 65～69歳：33.5% → 85歳以上：17.2%

来年夏まで暫定的な運用の継続

- **後期高齢者については、円滑に移行する観点から、デジタルとアナログの併用期間を確保するため、令和8年夏までの1年間、マイナ保険証の保有状況に関わらず資格確認書を交付する暫定運用を継続する。**
- あわせて、高齢者も含めた**マイナ保険証の利用環境の整備、利便性向上の観点から**、以下の取組を行う。
 - (高齢者向けの周知広報)
 - ・ マイナ保険証の利用促進のリーフレットの送付、高齢者向けのマイナ保険証の説明動画
 - (利用環境の整備)
 - ・ 顔認証・暗証番号入力が難しい方でも対応できるよう、**目視モードの利用改善に向けた改修**
 - ・ **スマートフォンへのマイナ保険証機能の搭載**を可能とする
 - (利用シーンの拡大)
 - ・ **救急現場におけるマイナ保険証活用**の全国展開を推進

等

後期高齢者医療制度における8月1日以降の資格確認書の取扱いについて



注：全ての発行済みの被保険者証及び資格確認書の有効期間が満了

5

**訪問看護ステーション、柔道整復師、あん摩マツ
サージ指圧師、はり師、きゅう師の施術所における
オンライン資格確認**

ひと、暮らし、みらいのために



厚生労働省
Ministry of Health, Labour and Welfare

訪問看護ステーション、柔道整復師、あん摩マッサージ指圧師、はり師、きゅう師の施術所におけるオンライン資格確認の導入状況

1. 訪問看護ステーション全体

(令和7年3月30日時点)

利用申請済施設数

17,812施設 (87.4%)

(参考) 全施設数 20,382施設

準備完了施設数

16,297施設 (80.0%)

(※) 運用開始日入力済み施設数については、9,491施設 (46.6%)。

(※) 「全施設数」には、介護保険の指定を受けることで、医療保険の指定訪問看護事業者としてのみなし指定を受けている事業所を含む。

2. 柔道整復師施術所全体

利用申請済施設数

38,089施設 (85.2%)

(参考) 全施設数 44,709施設

準備完了施設数

36,408施設 (81.4%)

(※) 運用開始日入力済み施設数については、28,807施設 (64.4%)。

(※) 併設申告を行っている施術所については、主たる施術所の導入状況に合わせている。

(※) 各種文書郵送時に返付された施設については、運営の実態が明らかでないため、「全施設数」には含めていない。

3. あん摩マッサージ指圧師、はり師、きゅう師の施術所全体

利用申請済施設数

17,891施設 (53.7%)

(参考) 全施設数 33,292施設

準備完了施設数

14,527施設 (43.6%)

(※) 運用開始日入力済み施設数については、8,663施設 (26.0%)。

(※) 併設申告を行っている施術所については、主たる施術所の導入状況に合わせている。

(※) 各種文書郵送時に返付された施設については、運営の実態が明らかでないため、「全施設数」には含めていない。

訪問看護ステーションにおける導入の促進について

訪問看護ステーションにおける導入状況を踏まえ、更なる導入促進に向けて、導入済施設においては取組の支援を行うことに加え、未導入施設においては保険医療機関等の対応も参考にしつつ、以下のように進めてはどうか。

<対応策（案）とスケジュールイメージ>

時期	対応内容
令和6年12月	オンライン資格確認の導入原則義務化
令和7年4月～	<u>導入の要請を実施するとともに、導入に向けた支援を実施。</u> 以下の対応を行い、導入の要請を実施するとともに、導入に向けた支援を実施。 <ul style="list-style-type: none">未導入施設（経過措置の適用を受けている訪問看護ステーションを除く。以下同じ。）に対し、改めて速やかな導入を要請し、今後も未導入の状態だと集団指導に移行する旨を通知（1回目）協力金事業（詳細は24頁）：オンライン資格確認を導入し利用登録している訪問看護ステーションに対し、マイナ保険証利用の働き掛けに対して、協力金をもって取組の後押しを行う
令和7年8月	<u>集団指導に移行する旨の通知</u> 未導入施設に対し、改めて速やかな導入を要請し、今後も未導入の状態だと令和7年12月日処に集団指導に移行する旨を通知（2回目）
令和7年12月	<u>未導入施設に対し、厚生局から集団指導の案内</u>
令和8年1月日処	<u>集団指導を実施</u>
令和8年1月以降随時	<u>集団指導後、未導入施設に対しては、個別に働きかけを実施予定</u>

未導入施設への導入状況調査の結果

厚生労働省において、未導入施設（※）に対して、やむを得ない事由に該当するかどうかなど、導入状況調査を実施。直近の導入状況も踏まえた今後対応が必要な施設数は、以下のとおり。

（※）令和6年12月26日時点で、利用申請を行っていない施設。

1. 柔道整復師施術所全体

全施設数（R7/3/30時点）	44,709施設	
未導入施設数（R7/3/30時点）	6,620施設	
（参考） R6/12/26時点の未導入施設は9,511施設	やむを得ない事由等に該当する旨の回答があった施術所 （直近1年間で受領委任払いを実施）	192施設
	やむを得ない事由等に該当する旨の回答があった施術所 （直近1年間で受領委任払いの実施無し）	192施設
	上記以外 →今後対応が必要な施設 （※）直近1年間で受領委任払いの実施無しの施術所を含む	6,236施設

2. あん摩マッサージ指圧師、はり師、きゅう師の施術所全体

全施設数（R7/3/30時点）	33,292施設	
未導入施設数（R7/3/30時点）	15,401施設	
（参考） R6/12/26時点の未導入施設は20,566施設	やむを得ない事由等に該当する旨の回答があった施術所 （直近1年間で受領委任払いを実施）	416施設
	やむを得ない事由等に該当する旨の回答があった施術所 （直近1年間で受領委任払いの実施無し）	495施設
	上記以外 →今後対応が必要な施設 （※）直近1年間で受領委任払いの実施無しの施術所を含む	14,490施設

柔道整復師、あん摩マッサージ指圧師、はり師、きゅう師の施術所における導入の促進について①

第30回社会保障審議会 医療保険部会
柔道整復療養費検討専門委員会（令和
7年2月28日）資料柔-1・一部改変

今般行った導入状況調査を踏まえ、導入済施設、義務化対象外施設、未導入施設の数の把握が進んでいるところ、今後、保険医療機関等の対応も参考に、更なる導入の促進に向けて、以下のように進めてはどうか。

<対応策（案）とスケジュールイメージ>

時期	対応内容
令和6年12月	オンライン資格確認の導入原則義務化
令和7年4月～	<p>導入の要請を実施するとともに、導入に向けた丁寧な周知や支援を実施。</p> <p>令和7年12月2日の紙の保険証の経過措置終了後は、原則として患者が保有するマイナ保険証か資格確認書のいずれかによる資格確認を行うこととなり、オンライン資格確認を導入していない場合には、例えば、マイナ保険証のみを持参した患者に対して追加で被保険者番号等を確認する必要があるなど、患者側、施術所側双方に負担が生じることとなるため、速やかにオンライン資格確認を導入しなければならない。</p> <p>こうした考えに基づき、以下の対応を行い、導入の要請を実施するとともに、導入に向けた丁寧な周知や支援を実施。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 未導入施設（やむを得ない事由に該当する旨の回答があった施術所を除く。以下同じ。）に対し、改めて速やかな導入を要請し、今後も未導入の状態だと集団指導に移行する旨や受領委任の取扱いを行うことが中止となり得る旨を通知（1回目） ・ 未導入施設に対し、導入状況調査で把握した施術所のニーズに対応できるよう、より丁寧な案内文書を送付 ・ 補助金による導入支援：令和6年度と同様、導入に当たっての補助を令和7年度も継続して実施 ・ 協力金事業（詳細は25頁）：オンライン資格確認を導入し利用登録している施術所に対し、施術所におけるマイナ保険証利用の働き掛けに対して、協力金をもって取組の後押しを行う
令和7年8月目処	<p>集団指導に移行する旨の通知等</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 未導入施設に対し、改めて速やかな導入を要請し、今後も未導入の状態だと令和7年12月目処に集団指導に移行する旨や受領委任の取扱いを行うことが中止となり得る旨を通知（2回目） ・ 一定の施術所において、直近1年間受領委任を実施していない施術所があったことから、未導入施設において受領委任の取扱いを検討の上、必要に応じて受領委任の取扱いを中止する旨の届け出を行うよう促す

柔道整復師、あん摩マッサージ指圧師、はり師、きゅう師の施術所における導入の促進について②

第30回社会保障審議会 医療保険部会
柔道整復療養費検討専門委員会（令和
7年2月28日）資料柔-1・一部改変

今般行った導入状況調査を踏まえ、導入済施設、義務化対象外施設、未導入施設の数の把握が進んでいるところ、今後、保険医療機関等の対応も参考に、更なる導入の促進に向けて、以下のように進めてはどうか。

<対応策（案）とスケジュールイメージ>

時期	対応内容
令和7年12月目処	未導入施設に対し、厚生局等から集団指導の案内
令和8年1月目処	集団指導を実施
令和8年夏目処	受領委任の取扱いを中止となり得る旨の通知 未導入施設に対して、令和8年12月を目処として、やむを得ない事由に該当せず、受領委任の取扱いを中止する旨の届出を行っていない場合、受領委任を行うことが中止となる旨通知
令和8年12月目処	受領委任の取扱いを中止 未導入施設であって、やむを得ない事由に該当せず、受領委任の取扱いを中止する旨の届出を行っていない場合、受領委任を行うことを中止とする

時期	対応内容
令和5年4月	オンライン資格確認の導入原則義務化 ⇒以降、導入に向けた周知を繰り返し実施し、丁寧に導入を促進
12月	オンライン資格確認未導入施設に対し、速やかな導入を要請するとともに、今後も未導入の状態だと集団指導に移行する旨通知
令和6年4月	未導入施設に対し、厚生局から集団指導の案内
5月	e-ラーニングによる集団指導を実施し、月内の受講を要請 (対象施設：1,612施設) ⇒未受講の施設に対しては、7月までの受講を要請
随時	保険医療機関等でマイナンバーカードの利用を拒否等された場合に患者からデジタル庁のマイナンバー総合フリーダイヤルへ寄せられた情報を踏まえ、厚生局から当該保険医療機関等に対して文書を送付、事実関係等の確認を実施



オンライン資格確認未導入施設のうち、令和6年度の指導計画により計画されていた施設について事実確認、指導を実施

マイナ保険証利用促進のための取組に対する協力金事業（案）について （訪問看護ステーション）

1. 事業の目的

マイナ保険証を所持していない患者等に対して、訪問看護の現場等において、積極的にマイナ保険証の利用勧奨等に取り組んでいただくことにより、マイナ保険証の利用促進を図る。また、利用促進のためのインセンティブとなるように、訪問看護ステーションにおけるマイナ保険証利用の働き掛けに対して、協力金をもって取組の後押しを行う。

2. 事業の概要

オンライン資格確認を導入し利用登録している訪問看護ステーションに対して、マイナ保険証利用促進のための積極的な取組（※1）の実施を前提に、定額の協力金（※2）を支払う。

（※1）利用促進に係るチラシ配布、マイナ保険証利用の声掛け等を想定。取組内容は、ポータルサイト上で報告いただく予定。

（※2）協力金の金額については、施設当たり5万円

3. 事業開始時期

令和7年5月以降を目途に開始予定

マイナ保険証利用促進のための取組に対する協力金事業（案）について （柔道整復及びあん摩マッサージ指圧・はり・きゅう施術所）

1. 事業の目的

マイナ保険証を所持していない患者等に対して、施術所の受付等において、積極的にマイナ保険証の利用勧奨等に取り組んでいただくことにより、マイナ保険証の利用促進を図る。
また、利用促進のためのインセンティブとなるように、施術所におけるマイナ保険証利用の働き掛けに対して、協力金をもって取組の後押しを行う。

2. 事業の概要

オンライン資格確認を導入し利用登録している施術所に対して、マイナ保険証利用促進のための積極的な取組（※1）の実施を前提に、定額の協力金（※2）を支払う。

（※1）利用促進に係るポスター、チラシの掲示、患者へのチラシ配布、マイナ保険証利用の声掛け等を想定。取組内容は、ポータルサイト上で報告いただく予定。

（※2）協力金の金額については、施設当たり5万円

3. 事業開始時期

令和7年5月以降を目途に開始予定



マイナ救急の実証事業の取組

ひと、暮らし、みらいのために



厚生労働省
Ministry of Health, Labour and Welfare



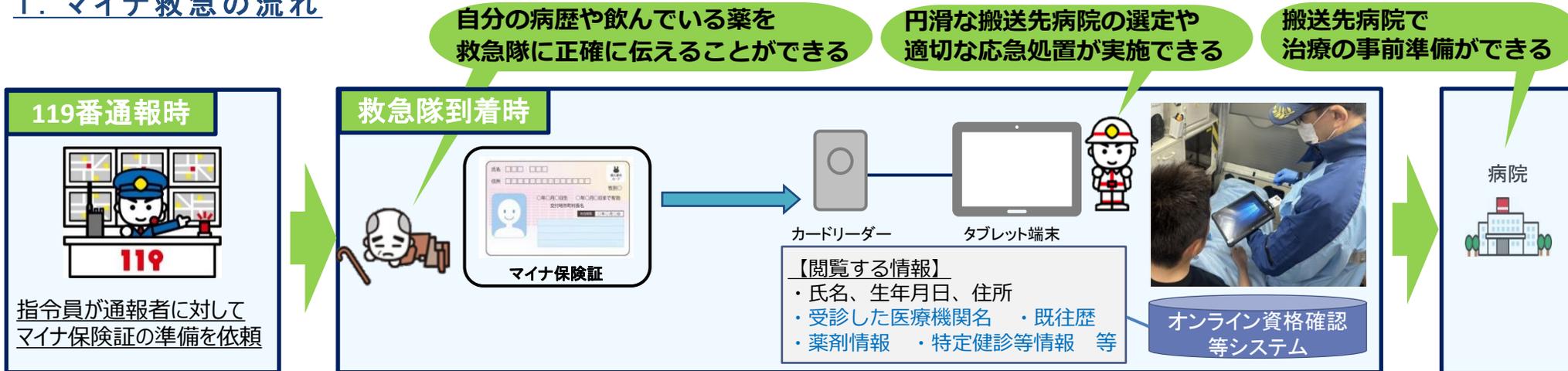
マイナ救急〔マイナンバーカードを活用した救急業務の円滑化〕

令和7年2月21日
消防庁報道発表資料
(一部改変)

事業概要

▶ マイナ救急とは、救急隊員が傷病者のマイナ保険証を活用し、病院選定等に資する情報を把握する取組

1. マイナ救急の流れ



2. 令和6年度実証事業の結果

- ・ 67消防本部660隊において、約2ヶ月間の実証を行った。
- ・ マイナ救急により、情報閲覧した件数は**11,398件**。

3. 令和6年度補正予算

マイナ救急の全国展開の推進 **20.6億円**

※全国の各消防本部において、救急現場での操作性に優れた専用システムを活用した実証事業を実施

※実証事業の規模 令和6年度 660隊 ⇒ **令和7年度 5,334隊**

4. マイナ救急の広報について

- ・ マイナ救急の認知度向上を図るため、**ショートムービー**を作成し、SNS（YouTube、消防庁X等）で広報を行うとともに、全国の消防本部、都道府県等へ提供。



- ・ 今後、マイナ救急の流れの説明、活用事例の紹介、マイナ保険証の携行の呼びかけ等のため、**政府広報、ポスター、広報誌**等により、**国と自治体とで連携した広報を実施**予定。

診察券とマイナンバーカードの一体化に向けた対応

ひと、暮らし、みらいのために



厚生労働省
Ministry of Health, Labour and Welfare

マイナンバーカードと診察券の一体化に向けた対応

令和6年度に行っていた診察券とマイナンバーカードの一体化のための医療機関のシステム改修費用の補助について、令和7年度も継続して実施。

【マイナンバーカードと診察券の一体化のメリット】

- ✓ 患者はマイナンバーカード1枚で保険証・診察券の受付が可能に
 - ✓ 医療機関の職員は診察券情報の手入力の負担軽減に
- ⇒ 窓口でのスムーズな受付が可能に！

マイナンバーカードと診察券を一体化した医療機関（再来受付機の活用）



【マイナンバーカードと診察券が一体化した後の医療機関の運用】

- 診察券番号を入力しなくても、患者がマイナンバーカードで受付をすることで、患者情報がレセコンに反映され、受付順で一覧化も可能。 ※要レセコン改修（補助金の対象）

レセコン画面(受付処理画面)のイメージ(一例)

新規作成 顔認証付きCRの利用者リスト

患者氏名	生年月日	患者番号
デジタル太郎	1954年12月12日	01234
デジタル花子	1978年04月24日	05678

反映は、手動or自動のいずれも想定される

既存画面 患者受付登録一覧 受付登録

患者氏名	生年月日	患者番号
厚生 一郎	1954年12月12日	01234
デジタル太郎	1954年12月12日	01234
厚生 次郎	1991年1月3日	01234
デジタル花子	1978年04月24日	05678

- (再来受付機の場合) 受付まで移動することなく、再来受付機の操作とまとめて資格確認を行う導線が可能。

再来自動受付中

受付時間：08時00分～12時00分

2024年12月18日 水曜日 11:00

どちらのカードをお持ちですか？

下記の方は、窓口までおこしください

- 初めて来院
- 診察券忘れ
- マイナンバーカード忘れ

診察券を持っている

このボタンをふれてください

マイナンバーカードを持っている

このボタンをふれてください

保険資格の確認を行います

マイナンバーカードを隣の顔認証端末にセットしてください

写真の面を前にセットしてください

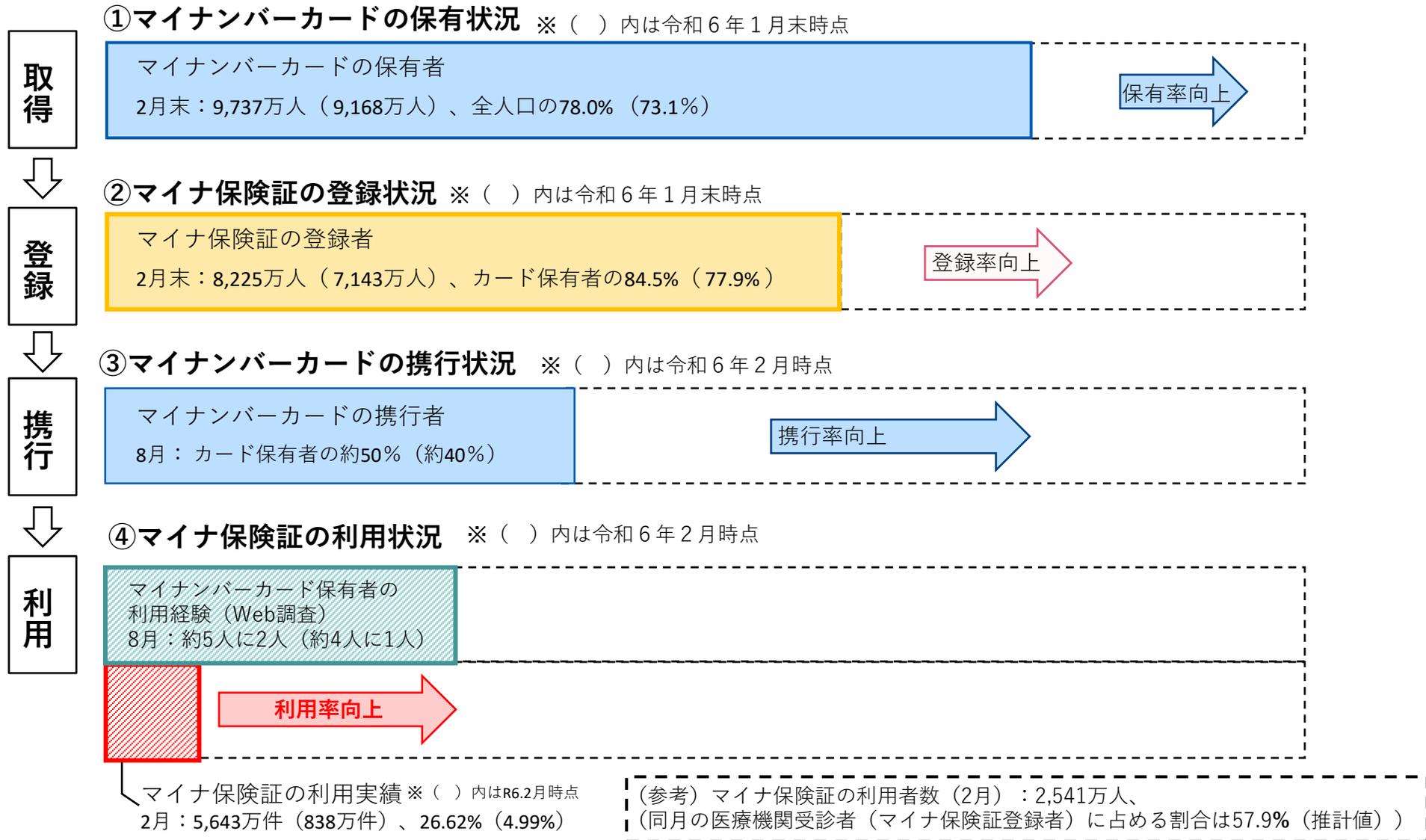
取消

⇒いずれの場合も、診察券利用時と変わらずに受付ができる

参考資料



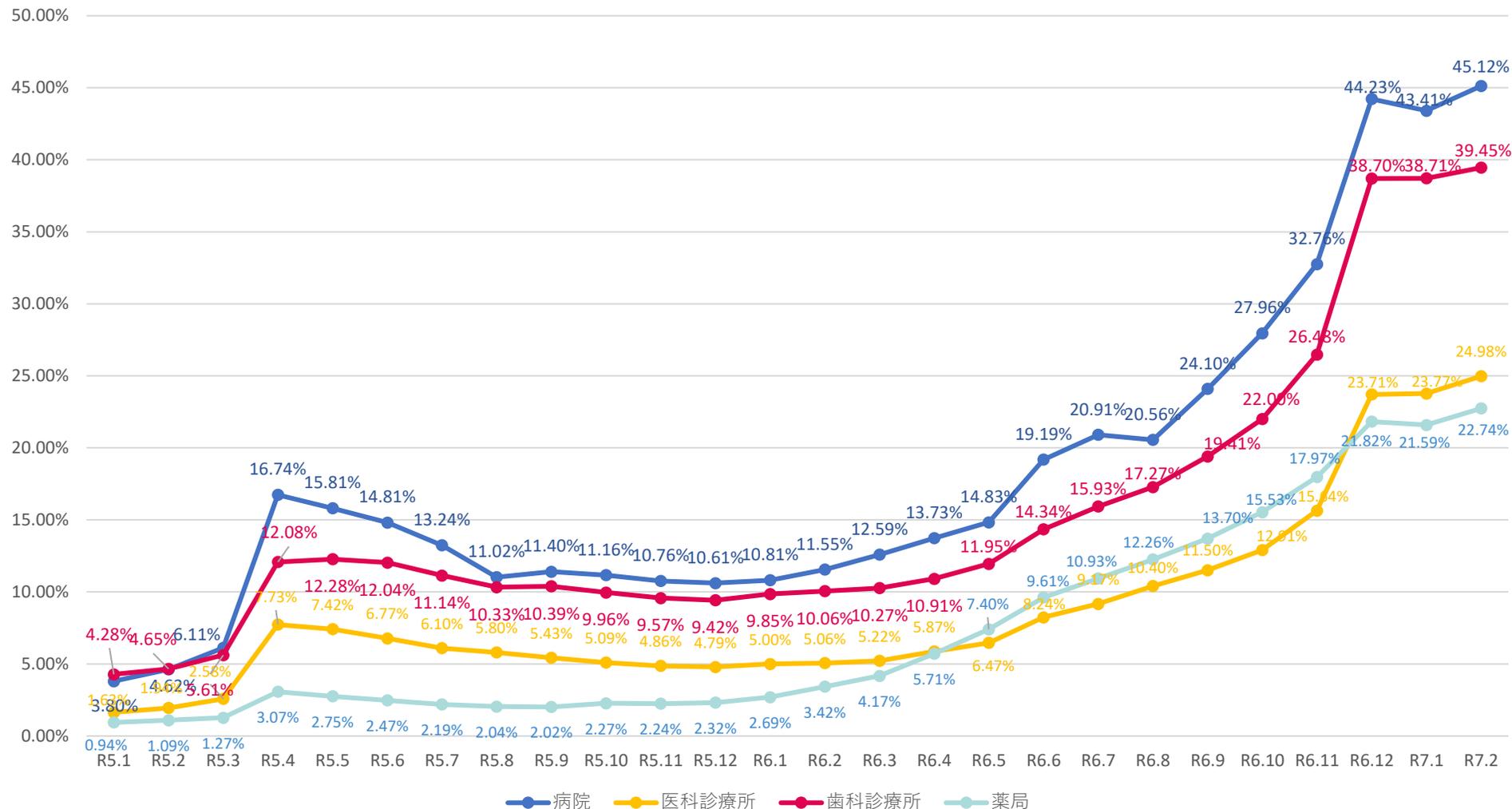
マイナ保険証に関する現状



カード保有者の約40% カード保有者の約50% 8,225万人 9,737万人 12,488万人

（マイナ保険証の利用経験がある者） （マイナ保険証の携行者） （マイナ保険証登録者） （カード保有者） （R6.1.1時点の住基人口）

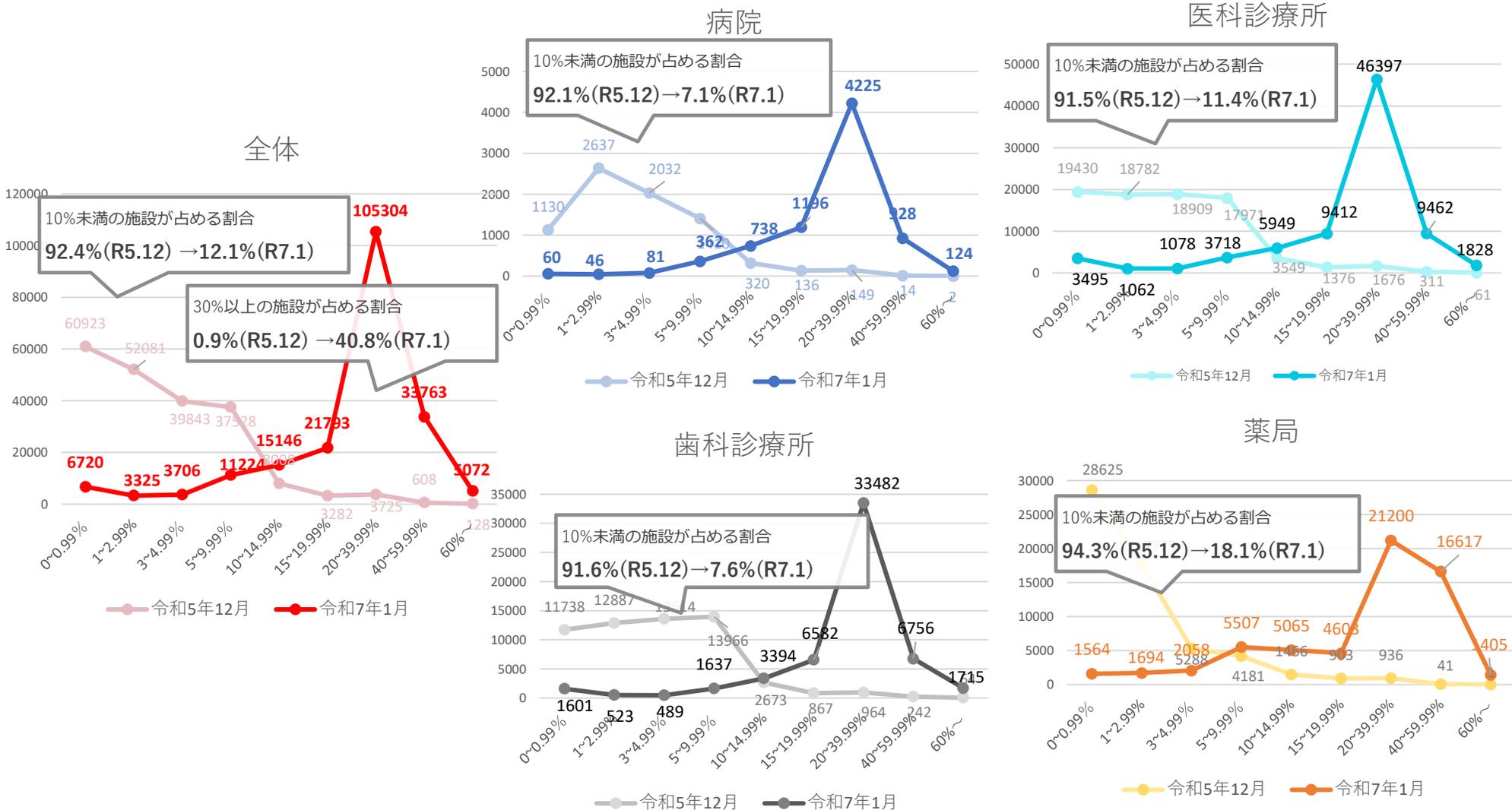
施設類型別のマイナ保険証利用率の推移



マイナ保険証の利用状況

■ マイナ保険証利用割合ごとの施設数の分布（レセプトベース利用割合）

令和5年12月、令和7年1月時点



※ 利用割合 = MNC利用人数 / レセプト件数

※ レセプト件数50以上等の施設を対象に算出（施設数：206,126(R5.12)、206,053(R7.1)）

オンライン資格確認 マイナ保険証の利用実績 (都道府県別の医療機関・薬局での利用 (令和7年2月))

○ 都道府県別のマイナ保険証の利用率 (令和7年2月) は以下のとおり。

※黄色 = 上位5県 灰色 = 下位5県

都道府県名	利用率
北海道	26.53% (+0.78%)
青森県	26.23% (+0.87%)
岩手県	29.09% (+1.57%)
宮城県	25.01% (+1.52%)
秋田県	24.88% (+1.15%)
山形県	28.50% (+1.45%)
福島県	32.68% (+1.47%)
茨城県	28.34% (+1.05%)
栃木県	30.70% (+1.90%)
群馬県	29.16% (+1.52%)
埼玉県	24.89% (+1.13%)
千葉県	28.15% (+1.42%)
東京都	24.15% (+1.12%)
神奈川県	25.45% (+1.24%)

全国	26.62% (+1.20%)
----	-----------------

都道府県名	利用率
新潟県	33.45% (+1.57%)
富山県	36.01% (+1.65%)
石川県	32.60% (+1.88%)
福井県	35.86% (+1.62%)
山梨県	25.28% (+1.43%)
長野県	23.44% (+1.22%)
岐阜県	26.54% (+1.09%)
静岡県	29.42% (+1.43%)
愛知県	24.89% (+0.99%)
三重県	25.79% (+1.49%)
滋賀県	30.69% (+1.46%)
京都府	27.41% (+0.87%)
大阪府	24.52% (+0.91%)
兵庫県	26.74% (+1.03%)
奈良県	27.40% (+1.25%)
和歌山県	20.43% (+1.08%)

都道府県名	利用率
鳥取県	29.86% (+1.34%)
島根県	34.17% (+1.20%)
岡山県	26.22% (+1.29%)
広島県	29.50% (+1.46%)
山口県	32.45% (+1.58%)
徳島県	26.87% (+1.36%)
香川県	28.24% (+1.39%)
愛媛県	21.28% (+0.99%)
高知県	23.82% (+1.41%)
福岡県	26.44% (+1.15%)
佐賀県	29.20% (+1.56%)
長崎県	28.14% (+2.00%)
熊本県	29.54% (+1.28%)
大分県	26.43% (+1.54%)
宮崎県	29.24% (+1.92%)
鹿児島県	32.51% (+1.49%)
沖縄県	15.34% (+0.84%)

※ 利用率 = マイナ保険証利用件数 ÷ オンライン資格確認利用件数
(括弧内の値は令和7年1月の値からの変化量 (%ポイント))

施設類型別・都道府県別の利用実績

※ 利用率 = マイナ保険証利用件数 ÷ オンライン資格確認利用件数

【医科診療所】

順位	R7.1順位	都道府県	利用率	MNC利用件数	オン資件数
1	(1)	福井	34.00%	126,578	372,329
2	(5)	富山	33.77%	196,645	582,376
3	(2)	新潟	33.71%	413,203	1,225,826
4	(3)	秋田	33.42%	156,790	469,165
5	(4)	青森	33.02%	232,470	703,924
6	(6)	鹿児島	31.32%	332,854	1,062,595
7	(7)	島根	30.82%	137,953	447,571
8	(8)	静岡	30.77%	850,185	2,763,208
9	(9)	滋賀	30.64%	229,865	750,323
10	(10)	宮崎	30.38%	207,519	683,058
11	(11)	栃木	29.31%	380,089	1,296,736
12	(12)	山口	28.59%	316,968	1,108,730
13	(13)	鳥取	28.39%	96,938	341,488
14	(14)	福島	28.32%	310,165	1,095,119
15	(17)	岩手	28.03%	209,508	747,324
16	(16)	山形	28.00%	225,556	805,550
17	(18)	石川	27.75%	189,201	681,877
18	(15)	北海道	27.50%	778,475	2,830,609
19	(20)	千葉	26.91%	993,888	3,693,495
20	(19)	香川	26.45%	146,166	552,579
21	(22)	群馬	26.28%	358,824	1,365,228
22	(23)	宮城	26.11%	445,180	1,704,954
23	(21)	茨城	25.46%	428,815	1,684,366
24	(26)	広島	24.82%	562,597	2,267,117
25	(25)	熊本	24.75%	369,433	1,492,524
26	(24)	京都	24.64%	364,561	1,479,756
27	(27)	岐阜	24.48%	380,863	1,555,834
28	(29)	奈良	24.46%	216,611	885,745
29	(28)	兵庫	24.32%	951,870	3,913,640
30	(31)	神奈川	24.31%	1,722,088	7,082,765

【病院】

順位	R7.1順位	都道府県	利用率	MNC利用件数	オン資件数
1	(1)	栃木	59.22%	128,006	216,143
2	(2)	山形	56.11%	75,277	134,151
3	(4)	山梨	54.82%	45,064	82,207
4	(3)	島根	54.48%	46,133	84,674
5	(7)	新潟	53.64%	120,147	223,975
6	(5)	富山	53.62%	109,237	203,735
7	(6)	茨城	53.23%	165,903	311,675
8	(8)	千葉	52.62%	356,316	677,139
9	(14)	石川	51.07%	87,186	170,708
10	(9)	香川	50.95%	59,158	116,110
11	(10)	山口	50.78%	93,194	183,521
12	(11)	京都	49.75%	143,953	289,366
13	(12)	鳥取	49.63%	35,694	71,920
14	(16)	岐阜	49.43%	108,688	219,889
15	(13)	北海道	49.41%	396,043	801,481
16	(15)	宮城	48.80%	126,824	259,904
17	(21)	福島	47.45%	108,958	229,603
18	(20)	岩手	47.23%	78,592	166,394
19	(24)	三重	47.13%	94,776	201,084
20	(17)	福井	46.83%	57,703	123,231
21	(22)	長野	46.64%	128,097	274,624
22	(19)	奈良	46.52%	75,591	162,492
23	(18)	群馬	46.40%	107,896	232,547
24	(31)	滋賀	46.32%	61,660	133,126
25	(23)	神奈川	46.07%	379,380	823,497
26	(26)	大分	45.48%	88,312	194,190
27	(29)	広島	45.30%	164,081	362,222
28	(25)	青森	45.00%	78,764	175,050
29	(30)	宮崎	44.78%	84,387	188,468
30	(27)	長崎	44.65%	88,644	198,539

施設類型別・都道府県別の利用実績

※ 利用率 = マイナ保険証利用件数 ÷ オンライン資格確認利用件数

【医科診療所】

順位	R7.1順位	都道府県	利用率	MNC利用件数	オン資件数
31	(32)	山梨	24.14%	108,078	447,700
32	(33)	埼玉	24.01%	1,113,867	4,639,554
33	(34)	三重	23.98%	341,906	1,426,062
34	(30)	愛知	23.80%	1,503,814	6,317,673
35	(36)	大分	23.32%	168,036	720,575
36	(35)	愛媛	23.16%	198,196	855,934
37	(41)	長崎	23.15%	254,747	1,100,354
38	(39)	長野	22.97%	287,694	1,252,370
39	(37)	大阪	22.78%	1,395,312	6,124,066
40	(38)	岡山	22.76%	291,744	1,281,879
41	(40)	徳島	22.65%	99,819	440,749
42	(42)	東京	22.45%	2,517,437	11,211,987
43	(43)	福岡	22.16%	946,257	4,269,279
44	(44)	佐賀	22.00%	158,532	720,618
45	(45)	高知	20.85%	69,075	331,277
46	(46)	和歌山	18.63%	139,379	748,079
47	(47)	沖縄	16.32%	114,735	702,881

【病院】

順位	R7.1順位	都道府県	利用率	MNC利用件数	オン資件数
31	(35)	愛媛	43.91%	79,366	180,731
32	(28)	鹿児島	43.89%	128,442	292,639
33	(33)	東京	43.35%	635,561	1,466,170
34	(38)	佐賀	42.59%	59,287	139,203
35	(34)	大阪	42.44%	384,295	905,433
36	(37)	兵庫	42.42%	260,775	614,769
37	(32)	秋田	42.18%	39,334	93,254
38	(40)	埼玉	42.04%	319,935	761,001
39	(39)	岡山	42.03%	117,908	280,507
40	(41)	熊本	41.42%	129,424	312,432
41	(36)	静岡	40.59%	188,083	463,355
42	(42)	徳島	40.33%	57,084	141,552
43	(43)	愛知	39.16%	335,339	856,424
44	(44)	和歌山	39.13%	51,422	131,417
45	(45)	福岡	37.71%	262,364	695,745
46	(46)	高知	35.15%	46,105	131,175
47	(47)	沖縄	26.42%	43,007	162,787

施設類型別・都道府県別の利用実績

※ 利用率 = マイナ保険証利用件数 ÷ オンライン資格確認利用件数

【歯科診療所】

順位	R7.1順位	都道府県	利用率	MNC利用件数	オン資件数
1	(1)	宮崎	53.75%	57,979	107,869
2	(2)	富山	53.05%	69,785	131,535
3	(5)	三重	51.50%	107,485	208,708
4	(4)	岐阜	51.24%	134,434	262,373
5	(3)	山梨	50.96%	37,268	73,126
6	(7)	山口	49.71%	92,780	186,651
7	(6)	岩手	49.06%	62,713	127,840
8	(8)	鹿児島	48.78%	102,321	209,748
9	(10)	静岡	47.46%	252,990	533,065
10	(11)	福井	47.35%	36,824	77,773
11	(9)	石川	47.01%	57,824	122,992
12	(15)	京都	46.90%	117,011	249,482
13	(14)	福島	46.84%	95,487	203,854
14	(12)	広島	46.62%	172,271	369,560
15	(13)	山形	46.41%	66,236	142,723
16	(16)	奈良	46.39%	65,389	140,968
17	(17)	熊本	46.30%	110,954	239,626
18	(19)	長崎	46.06%	79,035	171,591
19	(18)	秋田	45.94%	49,328	107,373
20	(20)	和歌山	45.90%	36,825	80,225
21	(23)	愛知	45.28%	461,153	1,018,444
22	(21)	長野	45.06%	101,635	225,570
23	(22)	滋賀	44.83%	70,743	157,816
24	(24)	大分	43.80%	47,724	108,947
25	(25)	栃木	43.58%	136,036	312,144
26	(26)	群馬	42.67%	115,033	269,570
27	(27)	佐賀	42.03%	45,276	107,724
28	(29)	兵庫	41.20%	271,007	657,717
29	(28)	青森	41.16%	60,076	145,962
30	(30)	茨城	40.86%	146,375	358,268

【薬局】

順位	R7.1順位	都道府県	利用率	MNC利用件数	オン資件数
1	(1)	佐賀	33.32%	157,443	472,540
2	(2)	島根	32.15%	127,160	395,573
3	(3)	福島	31.28%	337,892	1,080,160
4	(4)	福井	31.26%	105,037	336,063
5	(7)	山口	30.16%	303,106	1,004,876
6	(5)	石川	30.02%	188,893	629,261
7	(8)	新潟	29.66%	459,098	1,547,916
8	(6)	富山	29.32%	197,935	675,110
9	(9)	熊本	28.99%	312,056	1,076,485
10	(10)	広島	28.70%	513,095	1,788,020
11	(12)	鹿児島	27.29%	286,805	1,050,987
12	(13)	長崎	27.06%	218,434	807,200
13	(11)	福岡	26.74%	887,575	3,319,673
14	(16)	鳥取	26.08%	81,614	312,899
15	(15)	群馬	25.98%	302,677	1,165,170
16	(14)	滋賀	25.85%	227,934	881,758
17	(17)	栃木	25.29%	390,948	1,546,115
18	(18)	茨城	24.72%	503,765	2,038,087
19	(22)	岡山	24.23%	264,862	1,093,024
20	(24)	香川	24.22%	146,549	605,084
21	(21)	徳島	24.03%	89,371	371,988
22	(19)	兵庫	24.02%	856,177	3,564,336
23	(23)	静岡	23.87%	797,643	3,341,055
24	(20)	千葉	23.85%	1,024,189	4,294,726
25	(25)	岩手	23.74%	211,791	892,132
26	(26)	奈良	23.18%	174,714	753,797
27	(29)	山形	22.85%	236,647	1,035,508
28	(28)	神奈川	22.47%	1,583,294	7,044,879
29	(27)	京都	22.41%	323,991	1,445,767
30	(31)	宮崎	22.22%	201,248	905,588

施設類型別・都道府県別の利用実績

※ 利用率 = マイナ保険証利用件数 ÷ オンライン資格確認利用件数

【歯科診療所】

順位	R7.1順位	都道府県	利用率	MNC利用件数	オン資件数
31	(31)	島根	40.08%	39,300	98,050
32	(32)	福岡	40.00%	278,461	696,196
33	(33)	徳島	39.06%	32,599	83,463
34	(34)	大阪	38.51%	414,309	1,075,942
35	(35)	埼玉	37.38%	371,746	994,558
36	(38)	宮城	37.01%	138,859	375,238
37	(36)	新潟	36.41%	125,161	343,767
38	(37)	高知	36.23%	33,134	91,456
39	(42)	千葉	34.78%	340,516	978,925
40	(39)	香川	34.07%	45,527	133,642
41	(43)	神奈川	33.94%	482,917	1,422,878
42	(41)	岡山	33.81%	97,137	287,269
43	(44)	北海道	33.51%	290,168	866,011
44	(40)	鳥取	32.73%	30,070	91,875
45	(46)	東京	31.56%	696,901	2,207,855
46	(45)	愛媛	30.94%	64,098	207,199
47	(47)	沖縄	30.70%	29,967	97,604

【薬局】

順位	R7.1順位	都道府県	利用率	MNC利用件数	オン資件数
31	(34)	大分	21.95%	163,846	746,587
32	(30)	東京	21.73%	2,281,588	10,498,155
33	(33)	岐阜	21.16%	326,181	1,541,808
34	(32)	埼玉	21.05%	1,169,808	5,558,571
35	(38)	三重	20.86%	299,496	1,435,656
36	(35)	大阪	20.74%	1,132,476	5,460,306
37	(37)	愛知	20.58%	1,249,423	6,069,870
38	(36)	北海道	20.31%	887,634	4,369,405
39	(39)	高知	19.58%	75,343	384,843
40	(40)	宮城	19.45%	439,660	2,260,648
41	(41)	山梨	19.21%	120,176	625,563
42	(42)	青森	18.32%	237,047	1,294,161
43	(43)	秋田	17.86%	200,396	1,122,099
44	(44)	長野	17.15%	290,098	1,691,998
45	(45)	和歌山	15.70%	104,881	667,928
46	(46)	愛媛	15.24%	194,275	1,274,787
47	(47)	沖縄	11.08%	103,561	934,910

外来診療等におけるスマホ搭載対応

- 現行の顔認証付きカードリーダーに加えて、スマホ搭載された電子証明書をかざして読み取るための汎用カードリーダーを設置する。
- 電子証明書の読み取り後、同意登録は、顔認証付きカードリーダーの画面上で実施する。
- Android及びiPhoneで同時に令和7年春以降にリリースし、実証事業を経た上で、医療機関等での普及を目指す。

①顔認証付きカードリーダーで
スマホによる手続きを選択

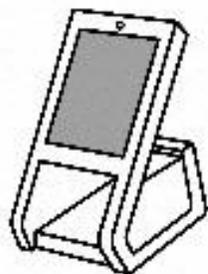
〇〇〇〇〇〇病院

マイナンバーカードを
置いてください。

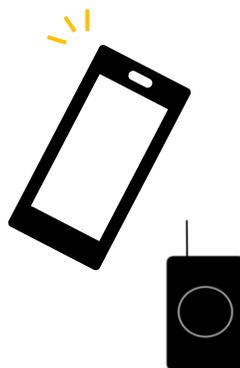
[スマホの方はこちら](#)



②認証 (Androidのみ)
※Androidの場合4桁の
PIN入力が必要



③スマートフォンを汎用
カードリーダー (資格確
認端末に接続) にかざし
て電子証明書を読み取り



※iPhoneは汎用カードリー
ダーにかざす前に生体認証
等によりマイナンバーカー
ドを表示して読み取り

④同意登録

過去の医療情報等の提供
に同意しますか。
【手術／診療、お薬／健
診】

全て同意する

個別に同意する

⑤完了

●●●×様
確認が完了しました。
終了ボタンを押し、待合
室でお待ちください。

終了する



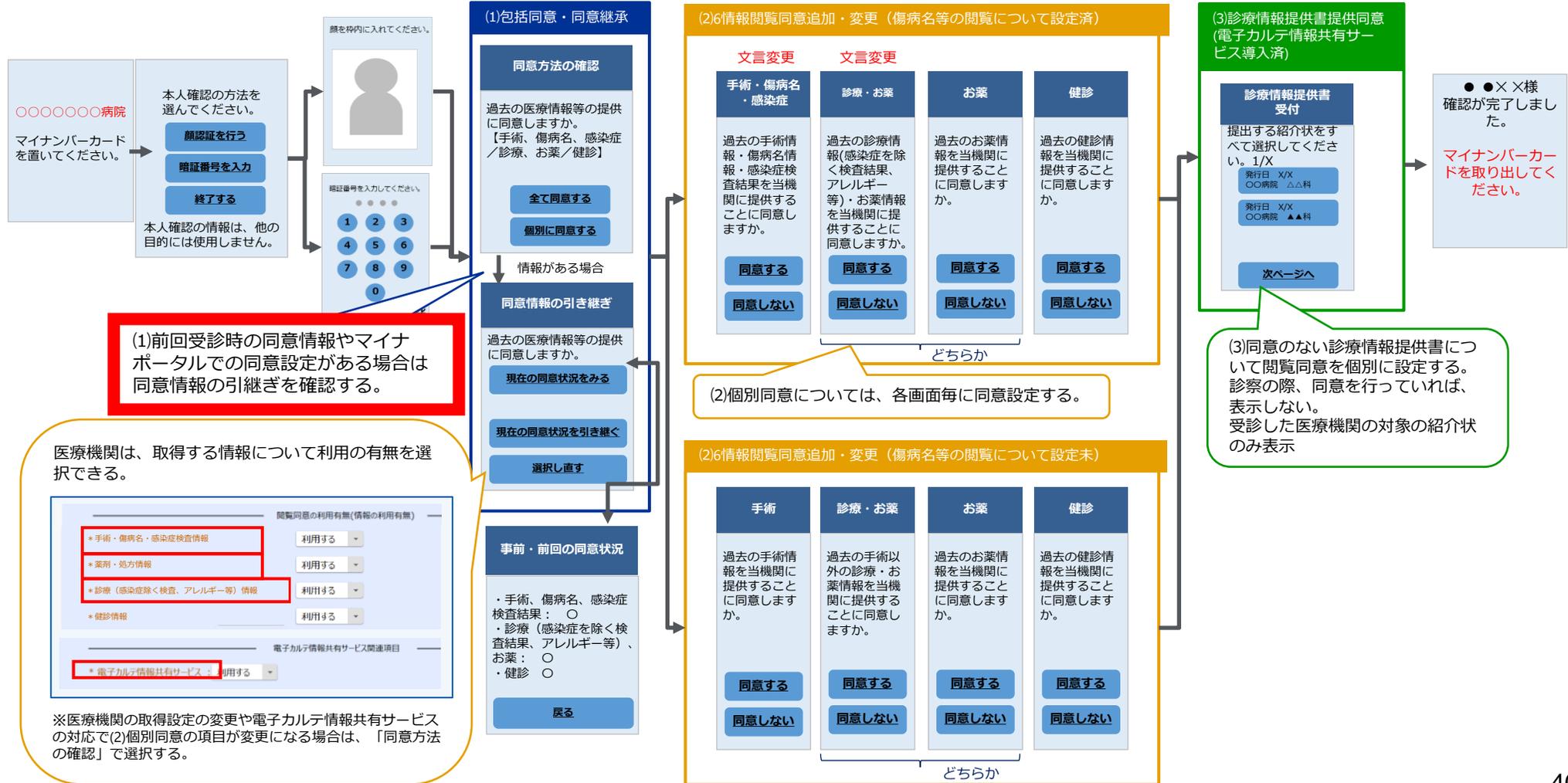
医療機関では以下の対応のみで利用可能に

- ・資格確認端末 (PC) 上での設定変更 (スマホ保険証利用にチェック)
- ・汎用カードリーダーの資格確認端末への接続等

医療情報提供の事前同意設定について

患者がマイナポータルで事前に医療情報提供の同意設定を行うことが出来る機能が追加予定である。（令和7年3月リリース済み）

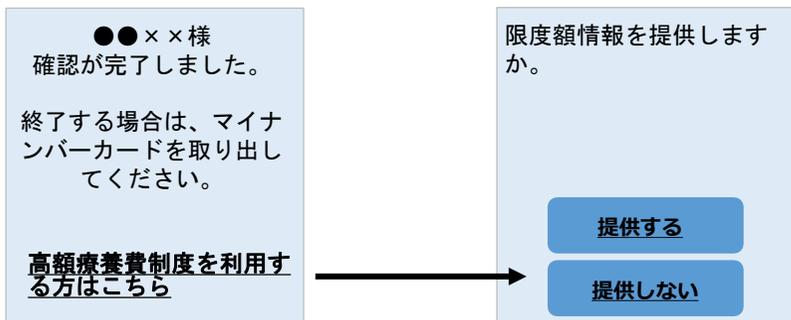
開始 → 本人認証 → 閲覧同意確認 → 資格確認



顔認証付きカードリーダーの同意画面の改善

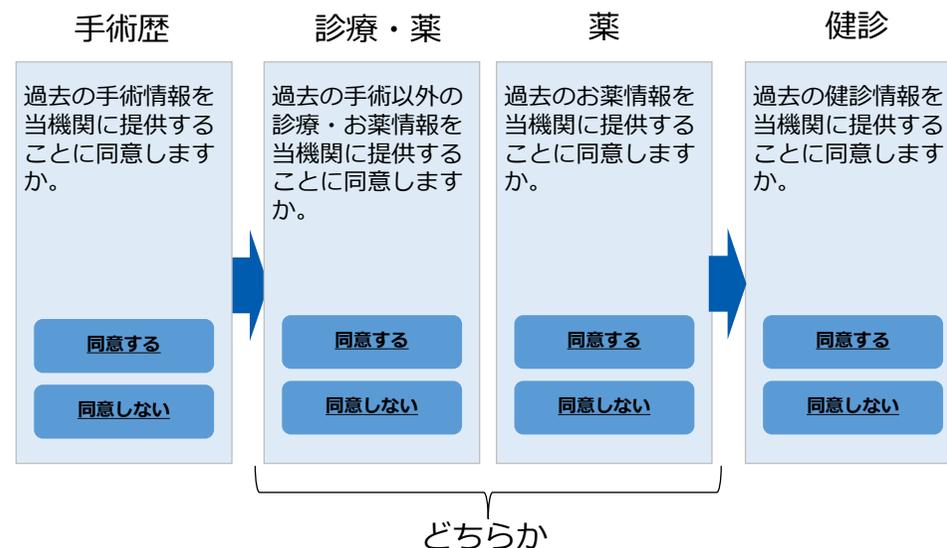
限度額適用認定証情報の提供同意画面の省略と、医療情報等の包括同意について、2024年10月7日よりリリース開始。

1. 限度額適用認定証情報の提供同意画面の省略

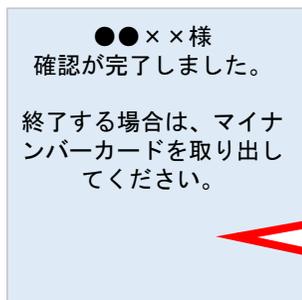


現行

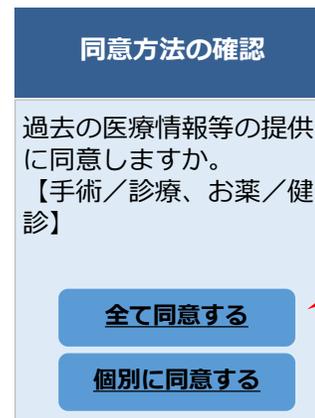
2. 薬剤情報等の提供同意の包括同意



見直し後



表示を省略し、
同意不要に



3画面分の同意を
この1画面で
まとめて取得可能に

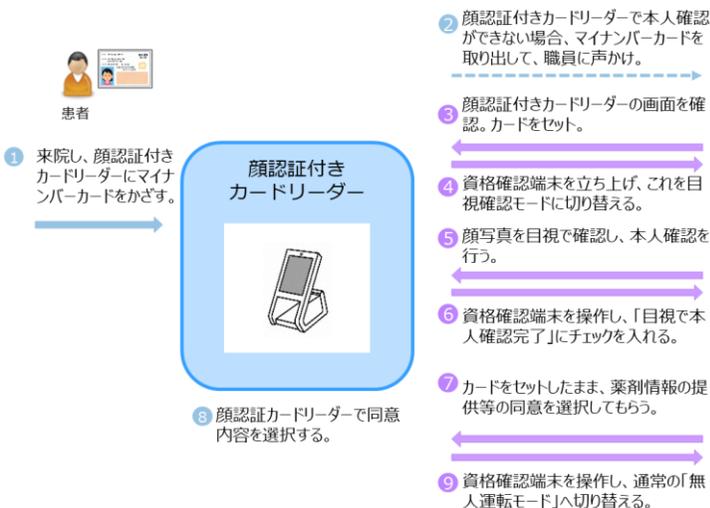
※個別同意時には現行の画面遷移

目視モードの改善

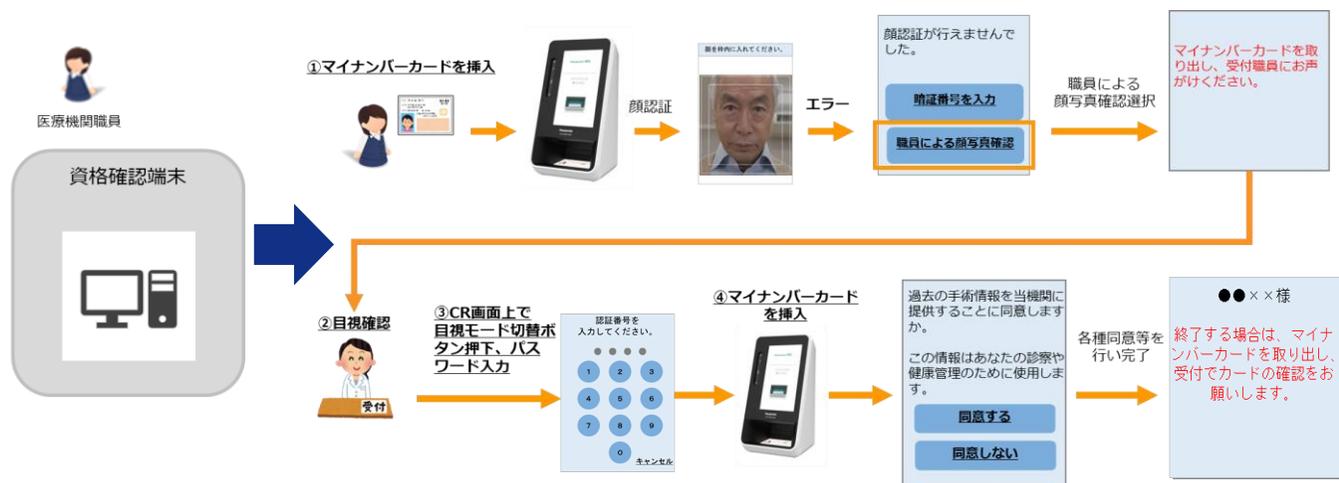
- 顔認証付きカードリーダーで「顔認証」や「暗証番号」入力ができない場合、「目視確認」による本人確認が可能。
 - 現在の「目視確認」の実施にあたっては、**複数回（カードリーダーと資格確認端末との間を少なくとも3往復する）の資格確認端末の操作が発生**し、顔認証付きカードリーダーと資格確認端末の間を行き来する必要があるため、医療機関職員にかかる負担が大きいことが課題。
 - 上記課題の解決のため、顔認証付きCRの本人確認画面において、職員が顔認証付きCRを操作し、その場で目視確認・医療機関等に個別に設定された目視モード用のパスワード（マイナンバーカードの暗証番号ではない）の入力を行う運用に改善（令和7年3月を目途に導入予定）。
- **顔認証や暗証番号と同様の流れで本人確認を実施できるため、医療機関等の職員による資格確認端末の操作（目視モードの切り替え）やレセコンの改修が不要。改修作業は顔認証付きカードリーダーのみ。**

※ 目視確認を行った場合、当該患者について目視による本人確認を行ったことをオンライン資格確認等システム上で記録し、資格確認端末で確認可能。

現行の運用手順



見直し後の運用イメージ



目視確認モード（立ち上げ方法・利用方法）

目視確認モード立ち上げの流れ

1. 資格確認端末操作

- 資格確認端末からオンライン資格確認等システムにログインし、「顔認証付きカードリーダー操作」を押下してください。

2. 目視確認モードに切り替え

- 「目視確認」ボタンを押下し、顔認証付きカードリーダーの設定を目視確認モードに切り替えてください。

目視確認モード利用方法の流れ※

1. 目視確認

- 顔写真を目視で確認し本人確認を行ってください。
- 原則として患者本人が職員に顔写真を提示するようにしてください。
- 患者がマイナンバーカード所有者本人であれば、資格確認端末画面の「目視で本人確認完了」にチェックを入れてください。

2. マイナンバーカードを顔認証付きカードリーダーに置く

- マイナンバーカードを顔認証付きカードリーダーに置いてください。



※詳細は「オンライン資格確認等システム運用マニュアル」をご確認ください。

目視確認モードについて、医療機関等の職員から使いにくいと指摘されていることも踏まえ、モードの切り替えの操作が円滑に行えるよう、顔認証付きカードリーダーのソフトウェアの改修等を予定。（来年春の実装を予定）

「顔認証付きカードリーダー」とは？

- 医療機関・薬局の窓口に設置していただきます
- マイナンバーカードの「顔写真データ」と窓口で撮影した「本人の顔写真」を照合して本人確認をします ※ **顔写真はシステムに保存されません**



富士通Japan株式会社



パナソニック コネクト
株式会社



株式会社アルメックス



キャノンマーケティング
ジャパン株式会社



アトラス情報サービス
株式会社



顔認証で本人確認ができます



薬剤情報/特定健診等情報閲覧に係る
同意ができます



暗証番号入力で本人確認ができます

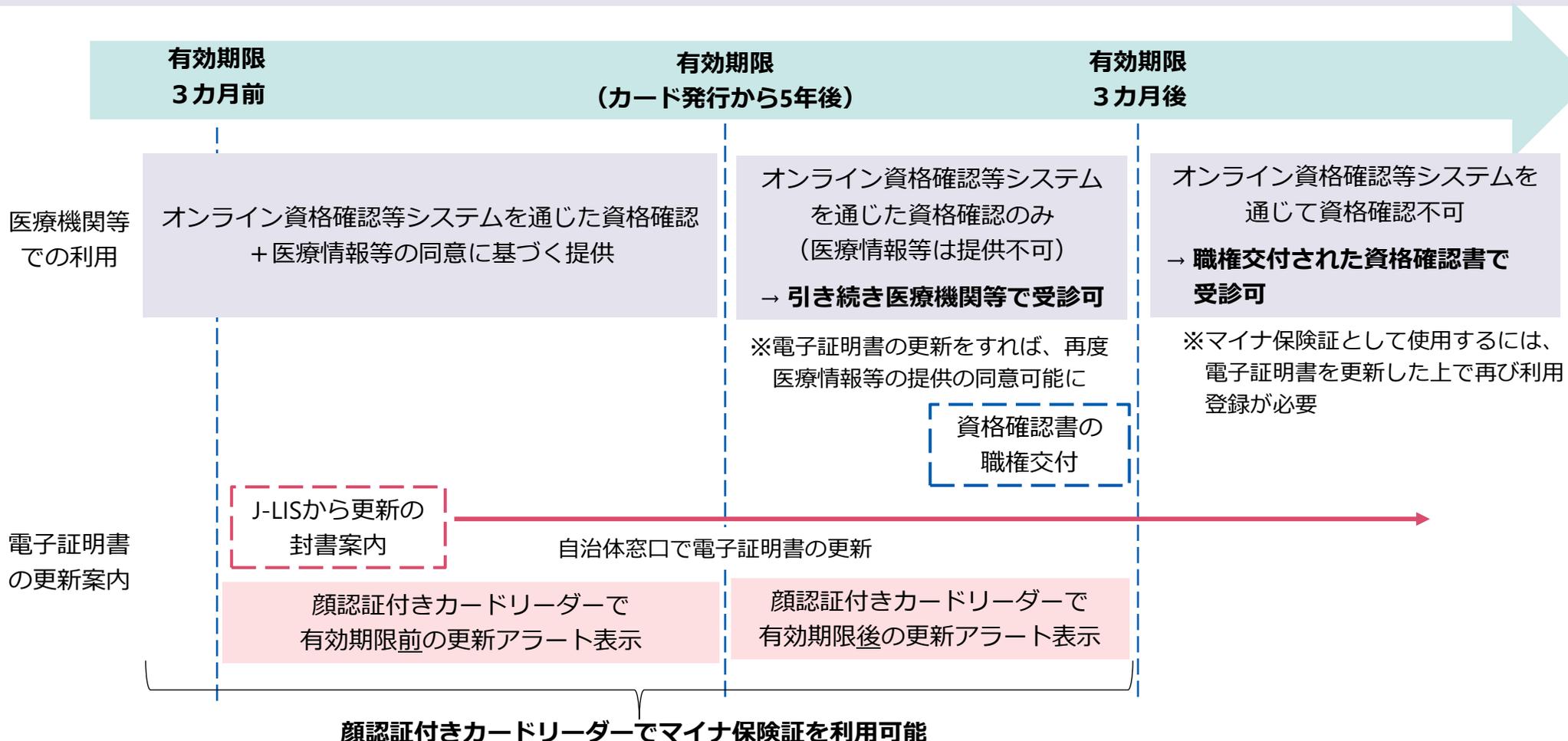


健康保険証利用の申込（初回登録）が
できます

電子証明書の有効期限の状況に応じたマイナ保険証の利用

12月2日以降、電子証明書の有効期限が切れても3カ月間は引き続きオンライン資格確認が可能であり、有効期限切れ3カ月後までに保険者から資格確認書を職権で交付。

※有効期限が切れて電子証明書が失効しても、マイナンバーカード本体や資格情報自体は引き続き有効。



※有効期限3カ月後以降は、マイナポータルからDLした資格情報画面(PDF)か、資格情報のお知らせとマイナンバーカードを併せて提示することで受診可能

※上記の改修等に伴い、令和7年度の運用コスト(約3億5,000万円)がオンライン資格確認等システムの運営費用に追加される。

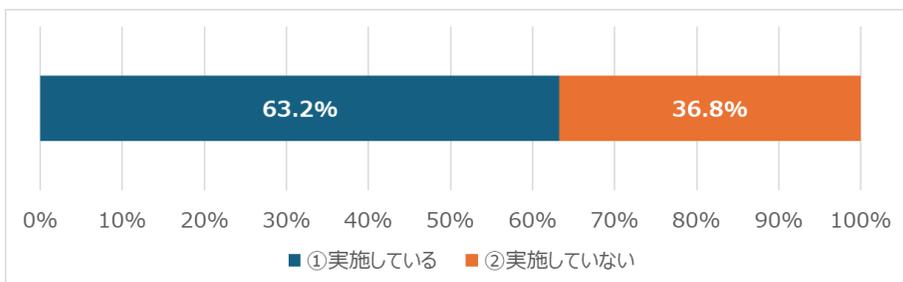
未導入施設への導入状況調査の結果①（柔整）

厚生労働省において、未導入施設（※）に対して、やむを得ない事由に該当するかどうかなど、導入状況調査を実施。
（※）令和6年12月26日時点で、利用申請を行っていない施設（9,511件）。回答施設数：1,096件。

1. 柔道整復師施術所全体

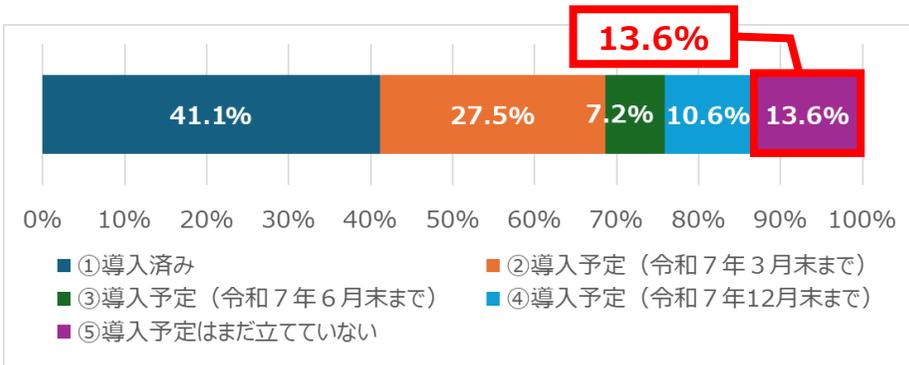
◆約63%が直近1年間の受領委任払いの実施あり

Q1：直近1年間において受領委任払いを実施していますか。



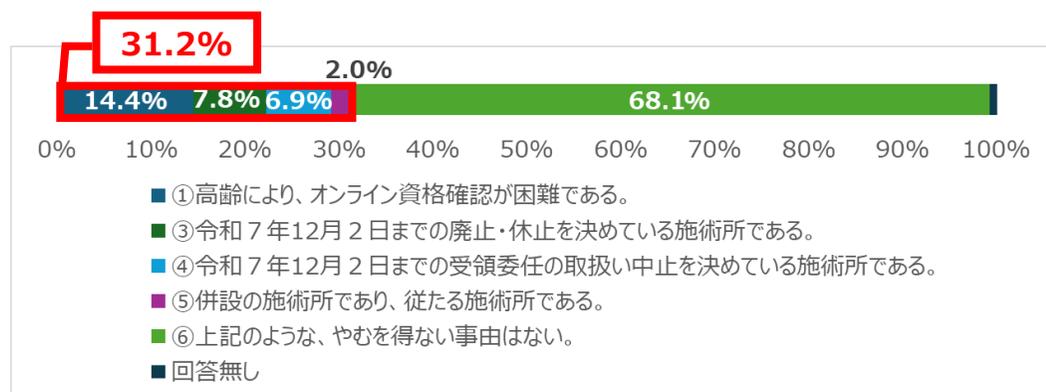
◆義務化対象施設の約14%がまだ導入の予定を立てることができていない

Q3：導入時期を教えてください。（⑥やむを得ない事由はないと回答した方のみ）



◆直近1年間で受領委任払いを実施している施設の内、約31%がやむを得ない事由または併設の従たる施術所

Q2：やむを得ない事由等について、①～⑥の内当てはまるものを選択してください。



（参考）直近1年間において、
受領委任払いを実施している施術所：693施設
受領委任を実施していない施術所：403施設

（参考）直近1年間で受領委任払いを実施している施設の内、
やむを得ない事由等の内訳

・施術者が皆、高齢	100
・令和7年12月2日までの廃止・休止を決めている	54
・令和7年12月2日までの受領委任の取扱い中止を決めている	48
・併設の施術所であり、従たる施術所である	14
合計	216

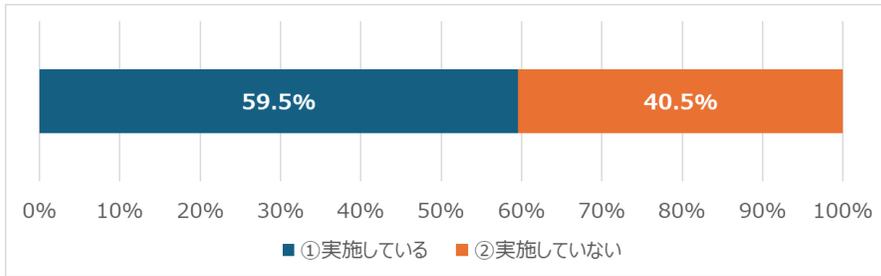
未導入施設への導入状況調査の結果②（あはき）

厚生労働省において、未導入施設（※）に対して、やむを得ない事由に該当するかどうかなど、導入状況調査を実施。
（※）令和6年12月26日時点で、利用申請を行っていない施設（20,566件）。回答施設数：2,311件。

2. あん摩マッサージ指圧師、はり師、きゅう師の施術所全体

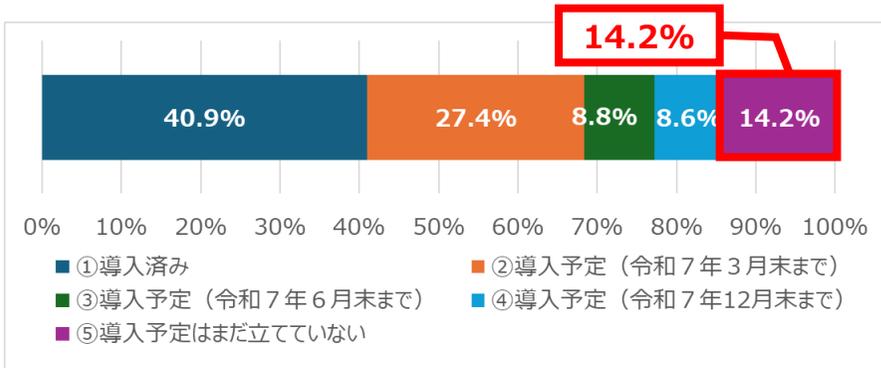
◆約60%が直近1年間の受領委任払いの実施あり

Q1：直近1年間において受領委任払いを実施していますか。



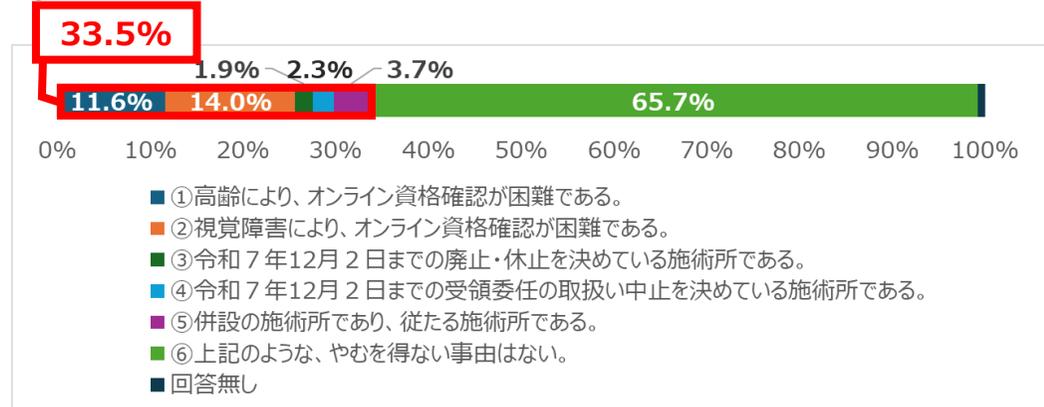
◆義務化対象施設の約14%がまだ導入の予定を立てることができていない

Q3：導入時期を教えてください。（⑥やむを得ない事由はないと回答した方のみ）



◆直近1年間で受領委任払いを実施している施設の内、約34%がやむを得ない事由または併設の従たる施術所

Q2：やむを得ない事由等について、①～⑥の内当てはまるものを選択してください。



（参考）直近1年間において、
受領委任払いを実施している施術所：1,376施設
受領委任を実施していない施術所：935施設

（参考）直近1年間で受領委任払いを実施している施設の内、
やむを得ない事由等の内訳

・施術者が皆、高齢	160
・施術者が皆、視覚障害	192
・令和7年12月2日までの廃止・休止を決めている	26
・令和7年12月2日までの受領委任の取扱い中止を決めている	32
・併設の施術所であり、従たる施術所である	51
合計	461

導入状況調査の際にいただいた主な意見・要望

○導入方法

- ・ 導入方法が分かりにくい。
- ・ 対面で指導をするなど、サポートして教えてほしい。
- ・ 導入方法の講習会などを実施してほしい。
- ・ ポータルサイトのセットアップまで完了したが、それ以降の手続が分からない。

○費用面の不安

- ・ 導入に当たって費用がかかるため困っている。
- ・ 無料配布してほしい。
- ・ 導入に当たっての財政支援を詳しく知りたい。
- ・ 導入補助の申請期限に間に合わなかったため、対応できない。

○受領委任の取扱い

- ・ 現時点で受領委任の取扱いは行っていないが、今後受領委任の取扱いを再開する可能性がある。どうすれば良いか。

○患者の状況

- ・ 利用する患者がマイナンバーカードを取得しておらず、導入する必要が無い。

局長通知（柔道整復師の施術に係る療養費について）の抜粋

甲：厚生（支）局長

乙：都道府県知事

丙：公益社団法人都道府県柔道整復師会長

丁：丙の会員

（受領委任の取扱いの中止）

15 **甲と乙は、丁又は勤務する柔道整復師について、次の事項に該当する場合は、受領委任の取扱いを中止すること。**

(1) **本協定に定める事項を遵守しなかったとき。**

(2)～(4) (略)

（受給資格の確認等）

18 受給資格の確認等については、以下に定めるとおりとすること。

(1) 丁は、患者から施術を求められた場合は、オンライン資格確認又はその者の提出若しくは提示する資格確認書（健康保険被保険者受給資格者票、健康保険被保険者特別療養費受給票、船員保険被扶養者証を含む。以下同じ。）によって療養費を受領する資格があることを確認すること。

ただし、緊急やむを得ない事由によって当該確認を行うことができない患者であって、療養費を受領する資格が明らかなものについてはこの限りでないが、この場合には、その事由がなくなった後、遅滞なく当該確認を行うこと。

（指導・監査）

41 開設者、丁及び勤務する柔道整復師は、**甲と乙が必要があると認めて施術に関して指導又は監査を行い、帳簿及び書類を検査し、説明を求め、又は報告を徴する場合は、これに応じること。**

42 開設者、丁及び勤務する柔道整復師が**関係法令若しくは通達又は本協定に違反した場合は、甲と乙はその是正等について指導を行うこと。**

第2章国民の安心・安全と持続的な成長に向けた具体的施策

第1節 日本経済・地方経済の成長～全ての世代の現在・将来の賃金・所得を増やす～

3. 「投資立国」及び「資産運用立国」の実現～将来の賃金・所得の増加に向けて～

(1) 潜在成長率を高める国内投資の拡大

③DXの推進

(医療・介護)

マイナ保険証の利用促進と定着に向け、訪問診療等の用途拡大、2024年12月2日からオンライン資格確認の導入が原則義務化される訪問看護ステーションや柔整・あはき施術所^{※90}における利用促進に係る支援等を行う。2025年12月1日までに現行の保険証の経過措置期間とされていることを踏まえ、マイナ保険証への更なる移行や不安解消を進めるため、継続的な周知広報を行う。

※90 2024年12月2日から訪問看護ステーション並びに受領委任払いを実施する柔道整復及びあん摩マッサージ指圧・はり・きゅう施術所にオンライン資格確認の導入が義務化される。

施術所での導入に当たっての補助を
令和7年度も継続して実施

1. 事業内容

- オンライン資格確認（資格確認限定型：簡素な資格確認の仕組み）に必要な機器（PC等に接続する汎用カードリーダー、タブレット・スマホ等のモバイル端末等の機器）の導入を支援する。

※ タブレット・スマホ等のモバイル端末では、汎用カードリーダーがなくても、マイナンバーカードの読み取りが可能

2. 補助内容

- 基準とする事業額 4.1万円を上限に、実費補助

費用補助となるため、ポータルサイトにアカウントを登録し、申請が必要。

診察券とマイナンバーカードの一体化に関する補助金（令和6年度分）

※令和7年度も補助金の上限・補助率は変えずに実施

保険医療機関・保険薬局のみなさまへ

医療費助成の受給者証及び診察券のマイナンバーカードへの一体化に関する補助金の申請受付を開始します

医療費助成の受給者証及び診察券のマイナンバーカードとの一体化には多くのメリットがあります

① 医療保険の資格情報と一緒に医療費助成の受給者証情報も取り込み！

マイナンバーカードでの受付時、患者が利用を選択すると、医師職員がオンライン資格確認経由で医療費助成情報を確認可能になります。

② マイナ診察券で受付ができる！
(マイナンバーカード)

診察券
顔認証付きCR利用者リスト
患者受付登録一覧

自動または手動で連携

改修で新規にできる顔認証付きCR利用者リストから、患者氏名や生年月日、患者番号等の情報を既存の患者受付登録一覧に連携が可能になります。



補助内容のご案内

デジタル庁では①医療費助成受給者証、②診察券それぞれがマイナンバーカードと一体化するためのレセコン・再来受付機の改修に対する補助金制度を用意しております。

① 医療費助成の受給者証情報をオンラインで取得！

- 医療費助成の受給者証のオンライン資格確認については、**令和6年度は全国183自治体(22都府県、161市町村)で実施を予定**しています。※一度改修した場合は、参加自治体や受給者証の種類が増える都度の追加改修は必要ありません。
- 自治体名や対応する受給者証の種類については、デジタル庁HP（下部QRコード参照）でご確認下さい。
- オンライン資格確認の実施に当たってのレセコン改修への補助金は下記のとおりです。

	補助額（※千円未満切捨て）
診療所 ^{※1} 、 薬局(大型チェーン薬局以外)	5.4万円を上限に補助 (事業費7.3万円を上限にその3/4を補助)
大型チェーン薬局	3.6万円を上限に補助 (事業費7.3万円を上限にその1/2を補助)
病院 ^{※1,2}	28.3万円を上限に補助 (事業費56.6万円を上限にその1/2を補助)

※1：診察券利用に伴う改修を行った場合も対象経費に含まれることができます。（上限額は同一）
 ※2：再来受付機の改修を合わせて行った場合、60.0万円を上限に補助(事業費120万円を上限にその1/2を補助)となるが40.0万円を上限に補助(事業費120万円を上限にその1/3を補助)となります。詳しい補助要件は、裏面に記載いたします。

12月2日の、マイナ保険証を基本とした仕組みへの移行に向けて、是非このタイミングでのレセコンの改修をご検討ください。

令和6年度PMH（医療費助成）参加自治体の一覧はこちら
<https://www.digital.go.jp/news/07e099a1-1-17fd-4e6c-86ac-9c3003bab3189>

デジタル庁

裏面もご覧ください



② マイナ診察券で受付ができる！

- レセコン・再来受付機等の改修等により、マイナンバーカードを診察券として利用し、診察券番号を入力しなくても患者情報がレセコン画面に反映されるようになります。
- 実施に当たってレセコン・再来受付機等の改修等への補助金は下記のとおりです。※診察券の廃止までは、要件ではありません。（再来受付機は、改修だけでなく、購入した際のオプション費用も補助の対象になります。）

		補助額（※千円未満切捨て）
病院	診療所	5.4万円を上限に補助 ^{※2, 3} (事業費7.3万円を上限にその3/4を補助)
	①再来受付機等の改修を含む	60.0万円を上限に補助 ^{※1, 4} (事業費120万円を上限にその1/2を補助) 40.0万円を上限に補助 ^{※2, 4} (事業費120万円を上限にその1/3を補助)
	②再来受付機等がない場合	28.3万円を上限に補助 ^{※2, 3} (事業費56.6万円を上限にその1/2を補助)

【補助要件】

- ※1：2023(R5)年10月末から2024(R6)年11月末までのいずれかの月のマイナ保険証の月利用件数の総数が500件以上であることが要件です。
- ※2：2023年10月末のマイナ保険証の利用率と比較して、2024年1月以降の平均利用率が5%以上増加したことが要件です。（注）2024年1月以降の利用率を算出し、5%を超えれば申請要件を満たすこととなります。
- ※3：医療費助成の受給者証に伴う改修を実施する場合は、表面の※1をご覧ください。（※2の要件は不要となります。）
- ※4：医療費助成の受給者証に伴う改修を実施する場合でも、上限は同一です。

申請手続きに係る共通事項のご案内

①受給者証と②診察券利用に伴う改修は別々の機会に実施することも可能ですが、その場合でも、**申請は一括**で行っていただくようお願いいたします。（複数回の申請は認めておりません）

申請期間 **2025(令和7)年1月15日まで**
 ※ 2023(令和5)年11月11日以降
 2024(令和6)年12月31日までに実施した改修が対象となります

申請方法 **改修完了後に医療機関等向け総合ポータルサイトで申請して下さい**

申請に必要な書類は以下3点です

- 領収書
- 領収書内訳書
- システム改修に係るチェックシート（バンダーに記入してもらってください）

※詳細は、医療機関等向け総合ポータルサイトよりご確認ください

補助金の申請手続きは以下から行なえます

補助金案内ページ

https://iryohokenjyoho.service-now.com/csm?id=csm_article_view&sysparm_article=KB0011504



当事業の詳細については、医療機関等向け総合ポータルサイト等で改めてお知らせする予定です。

■お問い合わせ先：オンライン資格確認等コールセンター（通話無料）

0800-080-4583

月曜日～金曜日：8:00～18:00（祝日除く）
 土曜日：8:00～16:00（祝日除く）

■医療機関等向け総合ポータルサイト

URL：https://iryohokenjyoho.service-now.com/csm?id=csm_index



デジタル庁

資格確認方法・目視モード改修に関する周知

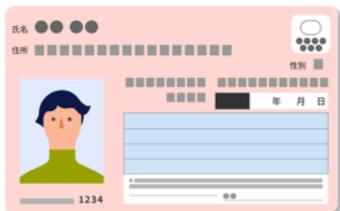
資格確認方法について、分かりやすく簡便に周知することを目的としてポスターを作成。また、目視モード改修後の使用方法等についても周知するリーフレットを作成。どちらも4月7日より全医療機関・薬局に郵送し順次到着予定。

医療機関・薬局では、 以下のいずれかで受付をお願いします

マイナ保険証

受付時に顔認証ができない際に必要となる、
マイナンバーカードの

4桁の暗証番号を、お忘れなく！



何らかの事情で、
マイナ保険証での受付が出来ない場合は
「マイナポータル」等と併せて
受付が出来ます。

詳細はこちら



健康保険証

有効期限は**最長1年間**
(令和7年12月1日まで)



資格確認書



マイナ保険証ならではのメリット

- ✓ 過去のお薬・診療データに基づく、より良い医療が受けられる
- ✓ 突然の手術・入院でも高額支払いが不要になる
- ✓ 救急現場で、救急搬送中の適切な応急処置や病院の選定、搬送先の病院で活用される

この他にも、日常生活の中で利用できるシーンが広がっています。
ぜひ日頃からマイナンバーカードを持ち歩いて、ご活用ください！



医療機関・薬局のみなさまへ

顔認証付きカードリーダーの目視確認モードが改善されました

何らかの事情で顔認証や暗証番号での本人確認ができない方に対してご利用いただく、目視確認モードについて、これまでは立ち上げる際に資格確認端末から操作が必要でしたが、顔認証付きカードリーダーの操作のみで利用できるように改善されました。

目視確認モードの使用場面

以下のような場合に、医療機関等の職員が顔認証付きカードリーダーを目視確認モードに切り替え、目視確認を行ってください。

- ・ 顔認証がうまくいかず、かつ患者本人が暗証番号を忘れてしまった(又は暗証番号を3回連続で間違えてロックがかかった)場合
- ・ 患者ご本人が認知症・障害等により、顔認証や暗証番号の入力操作が上手くできない場合
- ・ 体調・状況が悪化して、顔認証や暗証番号の入力操作が上手くできない場合
- ・ 機械のトラブル等で顔認証や暗証番号の入力操作ができない場合



目視確認モード使用時の流れ

目視確認モードを使用するにあたり、事前にオンライン資格確認等システムのアカウントごとにパスワードの発行が必要です。裏面の手順で設定してください。

- 1 顔認証付きカードリーダーの画面で「職員用ボタン」を選択してください。
- 2 事前に発行された目視確認用パスワードを入力してください。
- 3 職員が顔写真を目視で確認して本人確認を行い患者にマイナンバーカードを顔認証付きカードリーダーに置くことをご案内ください。



③以降は通常どおりの同意画面に遷移します

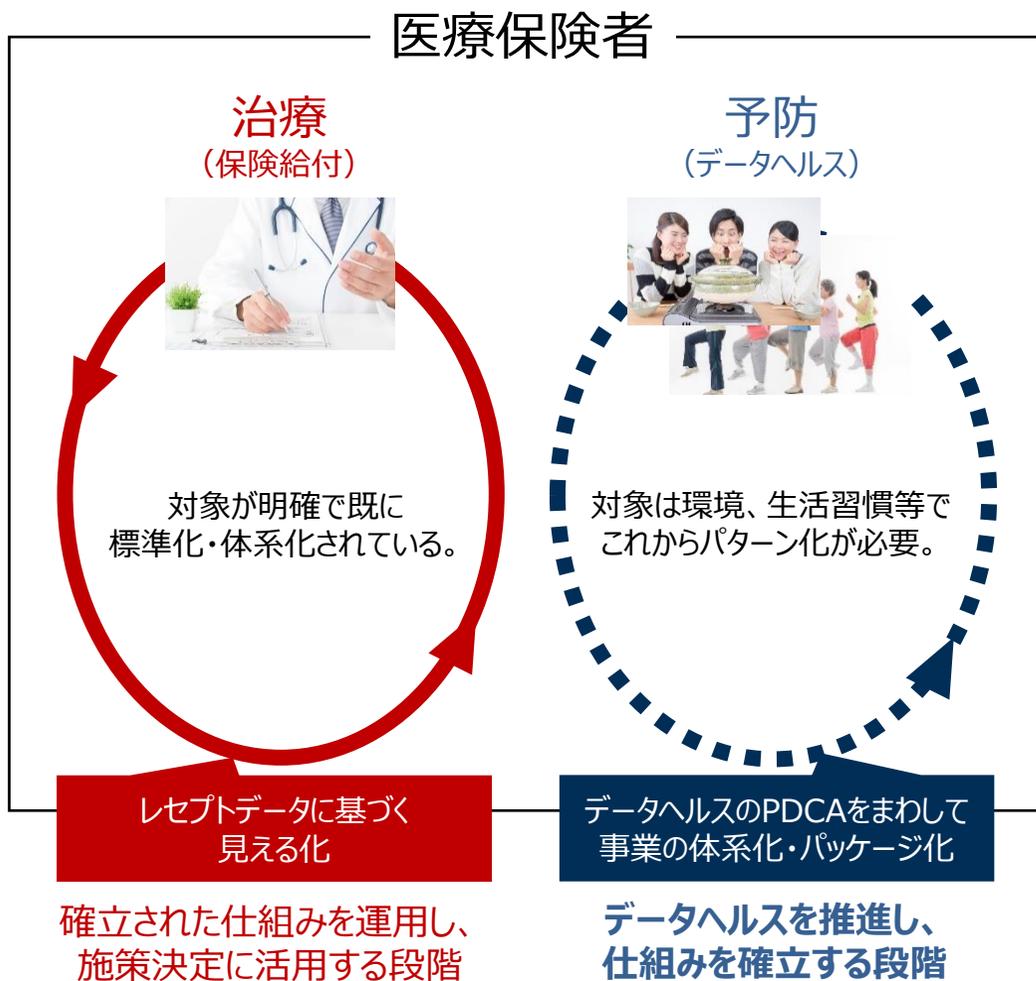
被用者保険における予防・健康づくりの推進について

厚生労働省 保険局

Ministry of Health, Labour and Welfare of Japan

医療保険者における予防・健康づくりの重要性

- 医療保険者は、保険給付と予防・健康づくりを一体的に実施する主体として、加入者の生活の安定と健康増進に貢献することが期待されている。



1 データヘルスのPDCA推進

レセプト情報と特定健診結果等を有する保険者において、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を推進する。

2 総合的な保健事業の推進

特定健診・保健指導の実施に加えて、がん検診や事業主との連携などの取組を実施し、予防・健康づくりの取組を推進する。

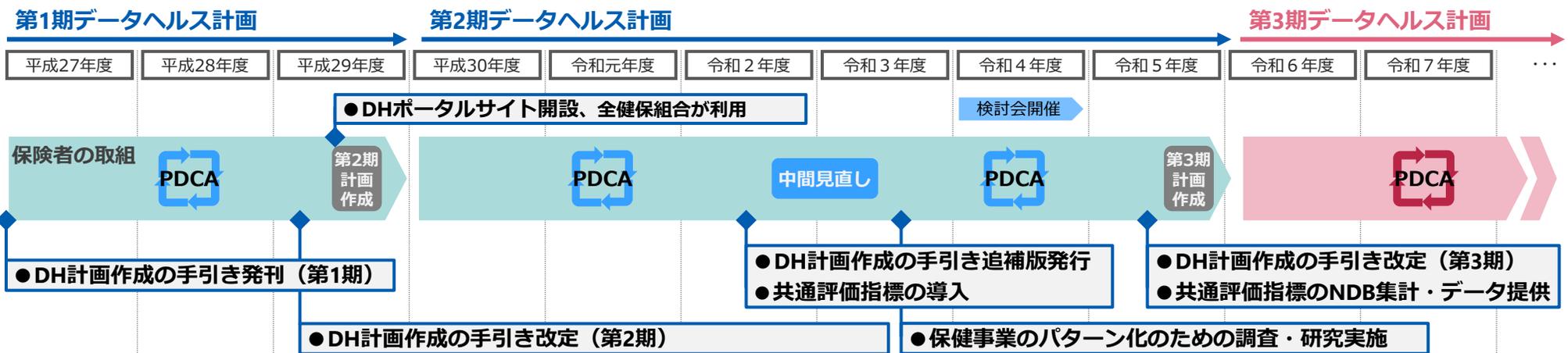
3 コラボヘルスの推進

健康保険組合等の保険者と企業（事業主）が積極的に連携し、明確な役割分担と良好な職場環境のもと、加入者の予防・健康づくりを効果的・効率的に実行する。

データヘルス計画と予防・健康づくりに関する施策の全体像

- 保険者は、レセプト・健診情報等を分析し、加入者の健康課題に応じた保健事業を実施するための計画（データヘルス計画）を作成することが健康保険法に基づく保健事業の実施等に関する指針に定められている。
- 健康保険組合のデータヘルス計画作成を支援する施策として、データヘルス計画作成の手引き、データヘルス・ポータルサイト、共通評価指標のデータ提供等を実施している。
- データヘルス計画に基づく保健事業、予防・健康づくりの取組を推進する施策として、後期高齢者支援金の加算・減算制度、健康スコアリングレポートの提供、個別の保健事業に対する費用補助等を実施している。

《データヘルス計画に関するこれまでの取組》



《関連する制度・施策》



データヘルス計画の構造

データヘルス計画の内容

- データヘルス計画は、健保組合の基本情報（加入者属性、事業所概要、保健事業予算等）、既存の保健事業の実施状況、基本分析（特定健診結果やレセプト情報を活用した生活習慣の状況、健康状態、医療費の状況）、これらの分析で抽出した健康課題と保健事業の実施計画を記載するもの。
- 保健事業の実施計画を踏まえ、毎年度、保健事業の実施報告と評価も記載し、必要に応じて計画の見直しを行う。

STEP1

現状を構造的に把握

- 現在の取組みの棚卸し(加入者の属性、事業所の概要を整理し、過年度のデータヘルス計画での健保組合・事業主の取組の振り返り)
- 基本分析による現状把握(健診・レセプトデータなどから現況を把握)

STEP2

健康課題の優先順位づけ

- 現状把握から見える健康課題を抽出・優先順位づけ
- 対策の方向性を整理

STEP3

事業選定 目標・評価指標の設定

- 健康課題を解決するための保健事業を「保健事業の基盤」「個別の事業」ごとに選定
- 目標と評価指標を設定し、対象及び方法を検討

保健事業の実施

STEP4

事業評価・見直し

- 評価指標で目標達成を確認し、必要に応じて計画を見直し

データヘルス計画の推進に関する取組

共通評価指標のデータ提供

2023年度より健保組合共通の評価指標について国においてNDB集計を行い、各健保組合のデータをデータヘルス・ポータルサイト上に提供。保健事業の取組状況や効果等を客観的に比較ができ、自組合の効果的なデータヘルス計画の見直しにつなげることができる。

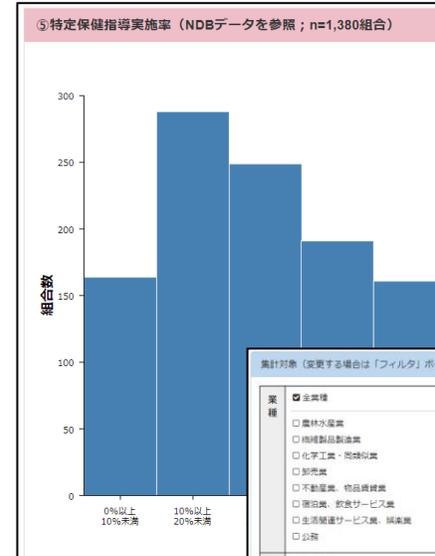
全国平均を見る		算出方法を見る		解説を見る			
指標名	目標/実績	平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度
● 国から提供された実績を参考に、目標のみを設定する項目							
一 生活習慣病（予防・早期発見）アウトプット							
特定健診実施率	目標	%	%	%	%	%	%
	実績	人	人	人	人	人	人
特定保健指導実施率	目標	%	%	%	%	%	%
	実績	人	人	人	人	人	人
一 生活習慣病（予防・早期発見）アウトカム							
生活習慣リスク保有者—喫煙	目標	%	%	%	%	%	%
	実績	%	%	%	%	%	%
生活習慣リスク保有者—運動	目標	%	%	%	%	%	%
	実績	%	%	%	%	%	%
生活習慣リスク保有者—食事	目標	%	%	%	%	%	%
	実績	%	%	%	%	%	%
生活習慣リスク保有者—飲酒	目標	%	%	%	%	%	%
	実績	%	%	%	%	%	%
生活習慣リスク保有者—睡眠	目標	%	%	%	%	%	%
	実績	%	%	%	%	%	%

データヘルス計画の集計・可視化

特定健診・保健指導実施率など共通評価指標に関して、形態（単一・総合）別、業種別に集計して可視化できる機能。自組合のデータヘルス計画に関する立ち位置を把握した上で、計画の検討に役立てることが可能。

グラフ一覧

- 内臓脂肪症候群該当者割合
- 特定保健指導対象者割合
- 特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率
- 特定健康診査実施率
- 特定保健指導実施率
- 生活習慣リスク保有者（喫煙）
- 生活習慣リスク保有者（運動）
- 生活習慣リスク保有者（食事）
- 生活習慣リスク保有者（飲酒）
- 生活習慣リスク保有者（睡眠）
- 後発医薬品の使用割合
- 健康課題
- 事業分類



集計対象（変更する場合は「フィルタ」ボタンから操作を行ってください。）

業種 全業種

<input type="checkbox"/> 農林水産業	<input type="checkbox"/> 鉱業・採石業・砂利採取業	<input type="checkbox"/> 建設業	<input type="checkbox"/> 食料品、たばこ製造業
<input type="checkbox"/> 繊維製品製造業	<input type="checkbox"/> 木製品・家具等製造業	<input type="checkbox"/> 印刷業	<input type="checkbox"/> 印刷・複製業
<input type="checkbox"/> 化学工業・樹脂成型業	<input type="checkbox"/> 金属工業	<input type="checkbox"/> 機械器具製造業	<input type="checkbox"/> その他の製造業
<input type="checkbox"/> 卸売業	<input type="checkbox"/> 飲食料品小売業	<input type="checkbox"/> 飲食料品以外の小売業	<input type="checkbox"/> 金融業、保険業
<input type="checkbox"/> 不動産業、物品賃貸業	<input type="checkbox"/> 運輸業	<input type="checkbox"/> 情報通信業	<input type="checkbox"/> 電気・ガス・熱供給・水道業
<input type="checkbox"/> 宿泊業、飲食サービス業	<input type="checkbox"/> 医療、福祉	<input type="checkbox"/> 教育、学習支援業	<input type="checkbox"/> 建設サービス業
<input type="checkbox"/> 生活関連サービス業、娯楽業	<input type="checkbox"/> 労働者派遣業	<input type="checkbox"/> 学術研究、専門、技術サービス業	<input type="checkbox"/> その他のサービス業
<input type="checkbox"/> 公務			

形態 全形態

単一 混合 総合

※0%未満または100%より大きな値は除外しています。
 ※グラフ内で自保険者が該当・選択している項目は「赤色」で表示されます。
 ※グラフ内で自保険者が該当・選択していない項目は「白色」で表示されます。

健康スコアリングレポートの活用によるコラボヘルスの推進

■ 健康スコアリングレポートの概要

- 各健保組合の加入者の健康状態や医療費、予防・健康づくりへの取組状況等について、**全健保組合平均や業態平均と比較したデータ**を見える化。
- 2018年度より、**厚労省・経産省・日本健康会議の三者が連携し、NDBデータから保険者単位のレポートを作成の上、全健保組合及び国家公務員共済組合等に対して通知**。2021年度からは、保険者単位のレポートに加え、**事業主単位でも実施**（2024年度より作成対象は特定健診対象となる被保険者数10名以上の事業所）。

■ 健康スコアリングレポートの活用方法

- 経営者に対し、保険者が自らのデータヘルス分析と併せて、スコアリングレポートの説明を行い、従業員等の健康状況について現状認識を持ってもらうことを想定。
- その上で、企業と保険者が問題意識を共有し、**経営者のトップダウンによるコラボヘルス※の取組の活性化**を図る。
- レポートと併せて、企業・保険者の担当者向けに、経営者への説明のポイント等、レポートの見方や活用方法等を示した実践的な「**活用ガイドライン**」を送付。

※コラボヘルス：企業と保険者が連携し、一体となって予防・健康づくりに取り組むこと

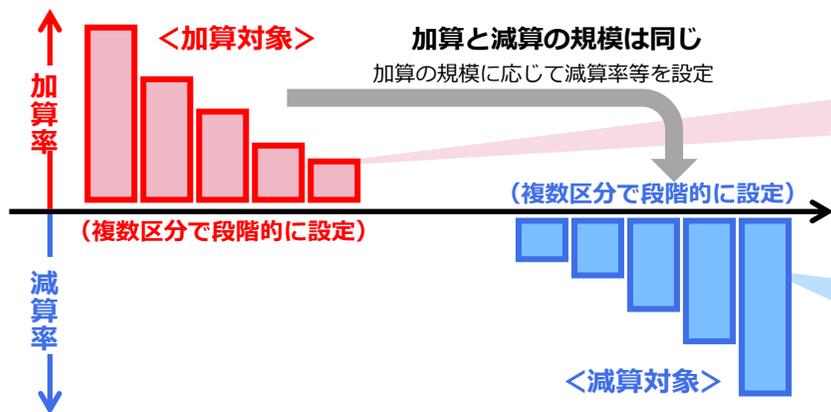
※NDBデータ：レセプト（診療報酬明細書）及び特定健診等のデータ

【スコアリングレポートのイメージ】



後期高齢者支援金の加算・減算制度

- 各保険者の特定健診・保健指導の実施率等により、当該保険者の後期高齢者支援金の額に対し、一定の率を加算又は減算を行う制度。
(加算：当該保険者が負担する後期高齢者支援金が増加 / 減算：当該保険者が負担する後期高齢者支援金が減少)



● 支援金の加算：特定健診・保健指導の実施率のみで決定

- 特定健診・保健指導の実施率が一定未満の場合に加算対象となる。
- 加算率：0.5%～10% (2023年度支援金)

● 支援金の減算：保険者の取組を複数の指標で評価して決定

- 特定健診・保健指導の実施率に加え、後発医薬品の使用割合やがん検診の実施状況、コラボヘルスやPHRの体制整備状況等の複数の指標で総合的に評価し、上位の保険者が減算対象となる。
- 減算率：0.073%～0.274% (2023年度支援金)

加算基準 (2024年度)

- ✓ 特定健診実施率
 - 単一・共済70%未満、総合64.6%未満
- ✓ 特定保健指導実施率
 - 単一11.4%未満、共済16.2%未満
 - 総合5%未満

減算基準 (2024年度)

- ✓ 特定健診・特定保健指導実施率
- ✓ 要医療者への受診勧奨、糖尿病等重症化予防
- ✓ 予防・健康づくりの体制整備 (PHR、コラボヘルス等)
- ✓ 後発医薬品の使用促進、加入者の適正服薬の取組
- ✓ がん検診、歯科健診の実施状況
- ✓ 生活習慣改善、こころの健康づくり、個人インセンティブ事業

2025年度の見直し

✓ 減算の総合評価指標の見直し

- 総合評価指標の項目追加 (女性特有の健康課題、ロコモ対策、デジタル活用推進等) を行うとともに、特定健診・特定保健指導実施率に関する配点を相対的に引き下げ、他の項目の配点引き上げを実施。

被用者保険における予防・健康づくりの表彰（2024年度実施）

表彰の目的

- 予防・健康づくりに取り組む保険者へのインセンティブとして、被用者保険を対象とした表彰を実施。
- 健康保険組合等の保険者は加入者の予防・健康づくりのため様々な保健事業に取り組んでいるところ、健康保険組合等による予防・健康づくりの取組を更に推進することを目的として、特に取組が進んでいる健康保険組合等の大臣表彰を実施する。

表彰の対象者

- 後期高齢者支援金の加算・減算制度の総合評価指標において合計点数が上位で減算対象の保険者
- 具体的には、2022年度支援金において減算対象となっている健康保険組合等の中で、**保険者種別（単一・総合・共済）ごとに合計点数1位～5位**の健康保険組合等を表彰する。

表彰の方法

- 表彰対象の組合については**日本健康会議**に招待し、代表組合に表彰状授与を行う。

表彰の実施者

- 厚生労働大臣

表彰式の様子（2024/10/30日本健康会議）



今後のデータヘルス計画等を通じた予防・健康づくりの方向性

- 保険者は、加入者の立場に立って健康の保持増進を図り、病気の予防や早期回復を図る役割が期待されている。生活習慣病の増加等、疾病構造が変化する中で、**予防・健康づくりを推進すること**は、社会的決定要因による健康格差を是正し、加入者一人ひとりの人生の質を向上させる観点から、きわめて重要である。
- また、労働力人口が減少し、各産業分野において生産性向上が求められる中、事業主と保険者が連携して従業員の健康を支えることは、**企業の新たな社会的価値**となるものと考えられる。
- 保険者が**加入者の特性に応じたきめ細かい保健事業**を事業主の協力を得て実施できるよう、引き続き、データヘルス計画を中心とした環境を整備していく。
- 特に近年、**メンタルヘルス対策や、性差に応じた健康支援やプレコンセプションケア、ロコモ対策など**、社会背景の多様化に伴い、予防・健康づくりの対象は拡大している。また、デジタル活用を推進し、**データに基づく定量的な取組の評価・改善**を行っていくことが求められる。
- **後期高齢者支援金の加算・減算制度**については、特定健診・特定保健指導の実施率向上に始まり、多様化する健康課題に対応するため、評価指標を拡充する等、段階的に制度を成熟させてきた。一方、限られた人員・予算のリソースの中で、**保険者の取組を後押しする制度設計となっているか、検証していく必要がある**。
- **加入者の健康課題に応じた保健事業を実施する保険者が評価される仕組み**とすべく、また、保険者間の競争より協力を通じて全体の水準向上を図ることを目指し、インセンティブ設計の在り方や評価手法について、保険者や事業主等の意見を聴きながら、見直しの検討を進めていく。
- 特に、**非金銭的なインセンティブ設計**については、保険者の新たな価値を推進するものとして有用と考えられ、具体的な制度化を進める。

参考資料



コラボヘルスの推進に向けた対策

- コラボヘルス推進に向けた対策として、健康スコアリングレポートの拡充、作成対象の拡大、及びコラボヘルスに取り組めていない健保組合を対象とした研修を実施した。

【レポート関連の対応】

対策	概要
事業主単位レポートに医療費関連情報の追加	・ 保険者単位レポートと同様の医療費関連情報を追加。
事業主単位レポートの基準人数引き下げ	・ 10名以上よりレポート出力を可能とする対応。
集計データの提供	・ 健康スコアリングレポートに表示している集計データをExcel形式で提供。

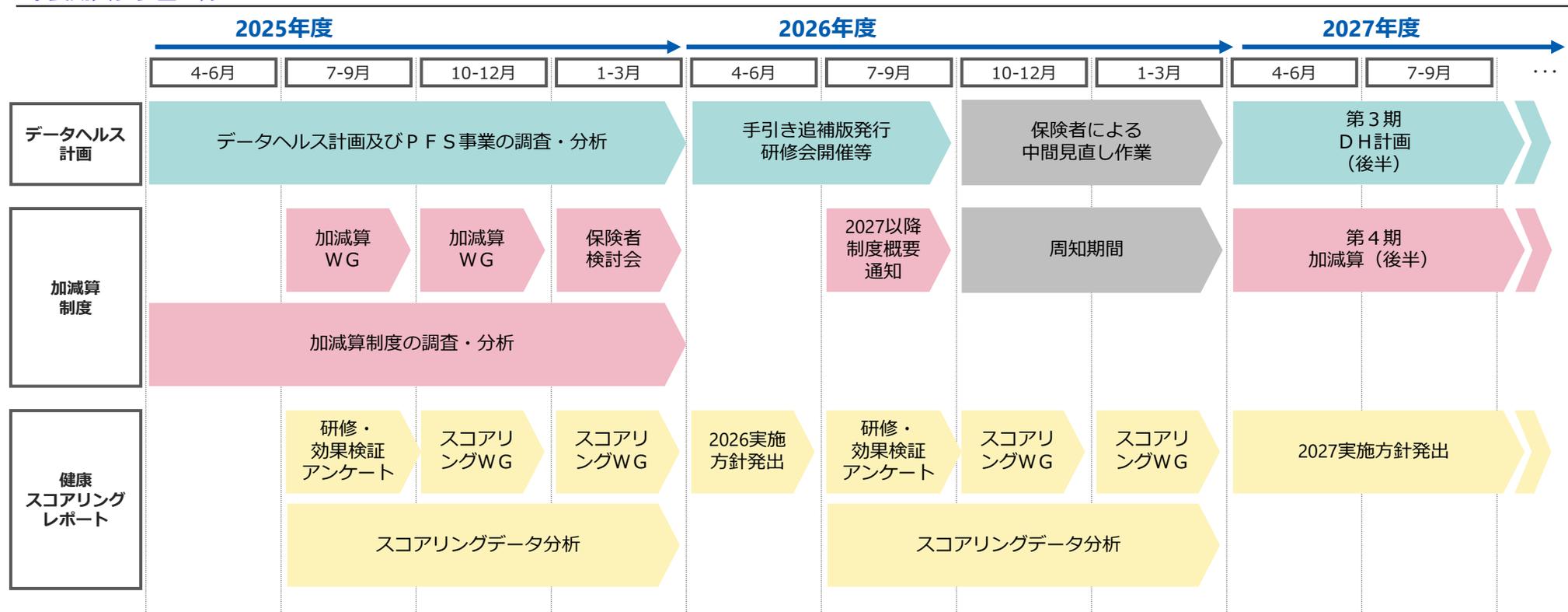
【コラボヘルス推進研修】

対象	全健保 ※推奨する参加対象者：コラボヘルスに取り組めていない、または取り組もうとしている健康保険組合	<p><オフライン開催の様子></p> 
開催方法	オンライン（計16回417健保が参加） オフライン（計5回99健保が参加）	
開催日程	2024年7月～8月（計21回）	

データヘルス計画と予防・健康づくりに関する施策の中期スケジュール

- 第3期データヘルス計画及び第4期後期高齢者支援金の加算・減算制度については、2024年度～2029年度の6年間を一期としており、2027年度を中間見直し年度としている。
- 2027年度の中間見直しに向けて、2025年度はデータヘルス計画及び加減算制度において調査・分析事業を実施予定。（加減算制度は並行してワーキンググループ・検討会を開催。）
- 健康スコアリング事業は、基本的に毎年度アンケート調査等を実施し、健康スコアリングワーキンググループにて次年度の方針を策定する。

《中長期スケジュール》



第3期医療費適正化計画の実績評価及び 第4期全国医療費適正化計画について

厚生労働省 保険局

Ministry of Health, Labour and Welfare of Japan

医療費適正化計画（概要）について

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

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

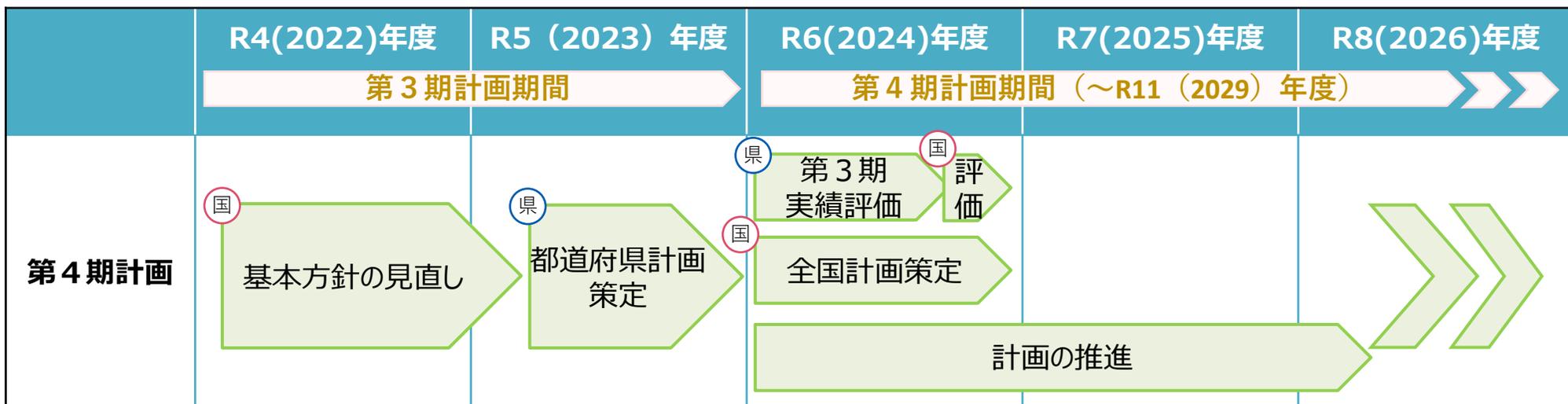
【第4期医療費適正化計画の目標・取組】

取組

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

医療費適正化計画のスケジュール

- 第4期医療費適正化計画については、国において令和5年7月20日に基本方針を示し、令和5年度に各都道府県において都道府県医療費適正化計画を策定。
- 都道府県医療費適正化計画を踏まえ、国において令和6年度中に全国医療費適正化計画を作成し、計画を推進していく。



○ 高齢者の医療の確保に関する法律（昭和57年法律第80号）
（医療費適正化基本方針及び全国医療費適正化計画）

第八条 厚生労働大臣は、国民の高齢期における適切な医療の確保を図る観点から、医療に要する費用の適正化（以下「医療費適正化」という。）を総合的かつ計画的に推進するため、医療費適正化に関する施策についての基本的な方針（以下「医療費適正化基本方針」という。）を定めるとともに、六年ごとに、六年を一期として、医療費適正化を推進するための計画（以下「全国医療費適正化計画」という。）を定めるものとする。

2～8（略）

（都道府県医療費適正化計画）

第九条 都道府県は、医療費適正化基本方針に即して、六年ごとに、六年を一期として、当該都道府県における医療費適正化を推進するための計画（以下「都道府県医療費適正化計画」という。）を定めるものとする。

2～10（略）

第3期医療費適正化計画の実績評価



【参考】第3期全国医療費適正化計画（平成30年度～令和4年度）（概要）

目標及び医療費の見通し

※下線部は、第3期計画で追加・更新された箇所

○健康の保持の推進に関する目標

- ・特定健診実施率：70%以上、特定保健指導実施率：45%以上、メタボ該当者・予備群減少率：25%以上（平成20年度比）
- ・たばこ対策：喫煙及び受動喫煙による健康被害を回避するため、たばこの健康影響や禁煙についての普及啓発に取り組む。
- ・予防接種：予防接種対象者が適切に接種を受けられるようにするために、関係団体との連携や普及啓発等に取り組む。
- ・生活習慣病等の重症化予防の推進：都道府県や保険者等の取組を推進し、先進的な取組を横展開する。
- ・その他予防・健康づくりの推進：上記以外の取組について、保険者等へのインセンティブ等により、保険者等の予防・健康づくりの取組を推進する。

○医療の効率的な提供の推進に関する目標

- ・後発医薬品の使用促進：後発医薬品の使用割合を80%以上
- ・医薬品の適正使用の推進：重複投薬の是正など医薬品の適正使用について、普及啓発や保険者等による医療機関及び薬局と連携した訪問指導の取組の横展開等を行う。また、複数種類の医薬品の投与の適正化に関する取組の横展開等を行う（※）。

※複数種類の医薬品の投与の適否については、一概に判断できないことに留意する。

○医療に要する費用の見通し

計画期間における47都道府県の医療費の推計（令和5年度）を機械的に足し上げると、

- ・入院医療費について、病床機能の分化及び連携の推進の成果を踏まえた入院医療費は19.9兆円
- ・入院外医療費について、医療費適正化の取組がなされない場合は約30.4兆円、取組がなされた場合は約29.9兆円
- ・医療費の総額について、医療費適正化の取組がなされた場合は約49.7兆円

※一部の都道府県においては、医療費適正化の取組がなされない場合の令和5年度における医療費を算出していないことから、医療費適正化に関する施策についての基本的な方針（平成28年厚生労働省告示第128号）を基に、国において算出していることに留意。また、病床機能の分化及び連携による在宅医療等への移行による入院外医療費への影響については見込んでいないことに留意。

目標を達成するために国が取り組むべき施策

※下線部は、第3期計画で追加・更新された箇所

○健康の保持の推進に関する施策

- (1)保険者による特定健診等の推進（保健事業の人材育成、保健指導の内容の見直し、保険者に対するインセンティブの付与、保険者別の実施率公表 等）
- (2)都道府県や市町村の啓発事業の促進及び国による国民運動（先進的事例の横展開、スマート・ライフ・プロジェクトの推進 等）
- (3)効果的な保健事業の推進（レセプト等の利活用、糖尿病性腎症患者の重症化予防の取組の展開 等）
- (4)たばこ対策の推進（禁煙支援、受動喫煙防止対策、健康増進法一部改正法（平成30年法律第78号）の円滑な施行）
- (5)予防接種の推進（予防接種に関する普及啓発及び知識の普及 等）
- (6)生活習慣病等の重症化予防の推進（効果的な事例の収集 等）
- (7)その他予防・健康づくりの推進（加入者に健康情報をわかりやすく伝える取組 個人の健康づくりに向けた保険者等へのインセンティブの付与 等）

○医療の効率的な提供の推進に関する施策

- (1)病床機能の分化及び連携並びに地域包括ケアシステムの構築
- (2)後発医薬品の使用促進（差額通知、保険者等へのインセンティブの付与、保険者別の使用割合の公表 等）
- (3)医薬品の適正使用の推進（保険者協議会を活用した重複投薬・多剤投与の是正に向けた取組の推進 等）

第3期全国医療費適正化計画の実績評価（概要）

- 都道府県は、高齢者の医療の確保に関する法律第12条第1項に基づき、第3期都道府県医療費適正化計画の実績評価を行い、国に報告。都道府県の報告を踏まえ、同条第3項に基づき第3期全国医療費適正化計画の実績評価を実施。

第3期全国医療費適正化計画の実績評価（ポイント）

第一 実績に関する評価の位置付け

- 医療費適正化計画の趣旨、二 実績に関する評価の目的

第二 医療費の動向等

- 全国の医療費について、二 都道府県別の医療費について、三 生活習慣病の有病者及び予備群の状況

第三 目標・施策の達成状況等

- 国民の健康の保持の推進に関する目標の達成状況

	目標値	実績値
特定健康診査	70%以上（令和5年度時点）	58.1%（令和4年度時点）
特定保健指導	45%以上（令和5年度時点）	26.5%（令和4年度時点）
メタボリックシンドローム該当者及び予備群の減少率（平成20年度比）	25%以上（令和5年度時点）	16.1%（令和4年度時点）

	目標
たばこ対策	たばこの健康影響や禁煙についての普及啓発に取り組む
予防接種	関係団体との連携や普及啓発等に取り組む
生活習慣病等の重症化予防の推進	都道府県や保険者等の取組を推進し、先進的な取組を横展開する
その他予防・健康づくりの取組	保険者インセンティブ等により、保険者等の予防・健康づくりの取組を推進する

二 国民の健康の保持の推進に関する施策の取組状況

- 第3期全国計画において国が取り組むべき施策としていた以下の事項について、具体的に行った国の取組を記載するほか、都道府県独自の取組を記載。
- ①保険者による特定健診等の推進（保健事業の人材育成、保健指導の内容の見直し、保険者に対するインセンティブの付与、保険者別の実施率公表 等）
 - ②都道府県や市町村の啓発事業の促進及び国による国民運動（先進的事例の横展開、スマート・ライフ・プロジェクトの推進 等）
 - ③効果的な保健事業の推進（レセプト等の利活用、糖尿病性腎症患者の重症化予防の取組の展開 等）
 - ④たばこ対策の推進（禁煙支援、受動喫煙防止対策、健康増進法一部改正法（平成30年法律第78号）の円滑な施行）
 - ⑤予防接種の推進（予防接種に関する普及啓発及び知識の普及 等）
 - ⑥生活習慣病等の重症化予防の推進（効果的な事例の収集 等）
 - ⑦その他予防・健康づくりの推進（加入者に健康情報をわかりやすく伝える取組 個人の健康づくりに向けた保険者等へのインセンティブの付与 等）

第3期全国医療費適正化計画の実績評価（概要）

第3期全国医療費適正化計画の実績評価（ポイント）

第三 目標・施策の達成状況等

三 医療の効率的な提供の推進に関する目標の達成状況

	目標値	実績値
後発医薬品の使用促進	80%以上(令和5年度時点)	81.2%(令和4年度時点)
	目標	
医薬品の適正な使用促進	・医薬品の適正使用に関する普及啓発や保険者等による医療機関及び薬局と連携した訪問指導の取組の横展開等を行う ・複数種類の医薬品の投与の適否については一概に判断できないことに留意しつつ、複数種類の医薬品の投与の適正化に関する取組の横展開等を行う	

四 医療の効率的な提供の推進に関する施策の取組状況（1 後発医薬品の使用促進、2 医薬品の適正な使用促進に向けた取組）

第3期全国計画において国が取り組むべき施策としていた以下の事項について、具体的に行った国の取組を記載するほか、都道府県独自の取組を記載。

- ①後発医薬品の使用促進（差額通知、保険者等へのインセンティブの付与、保険者別の使用割合の公表 等）
- ②医薬品の適正使用の推進（保険者協議会を活用した重複投薬・多剤投与の是正に向けた取組の推進 等）

第四 第3期医療費適正化計画に掲げる施策による効果

		適正化効果額
健康の保持の推進	特定健診・保健指導	約200億円
	生活習慣病の重症化予防	約1,000億円 (地域差半減の場合)
	たばこ対策	-
	予防接種	-
	その他の予防・健康づくりの推進	-
医療の効率的な提供	後発医薬品の使用割合	約4,000億円
	重複投薬・多剤投与の適正化	約600億円 (半減の場合)
合計		約6,000億円

第五 医療費推計と実績の比較・分析

一 第3期医療費適正化計画における医療費推計と実績の差異について、二 医療費の伸びの要因分解

医療費適正化に係る取組を行わない場合の令和5年度の推計医療費	約50.3兆円
医療費適正化に係る取組が行われた場合の令和5年度の推計医療費	約49.7兆円
令和5年度の医療費(実績見込み)	約48.0兆円
令和5年度の推計と実績の差異	約1.7兆円

※令和5年度の医療費について、計画策定時に想定されなかった新型コロナウイルス感染症による受療動向の変化等の影響が考えられることから、令和5年度推計と実績の差異については解釈に留意が必要である。

第六 今後の課題及び展望

一 国民の健康の保持の推進、二 医療の効率的な提供の推進、三 今後の展望

第4期全国医療費適正化計画

ひと、暮らし、みらいのために



厚生労働省
Ministry of Health, Labour and Welfare

第4期医療費適正化計画（2024～2029年度）に向けた見直し

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

計画の目標・施策の見直し

① 新たな目標の設定

➤ 複合的なニーズを有する高齢者への医療・介護の効果的・効率的な提供等

- ・ 高齢者の心身機能の低下等に起因した疾病予防・介護予防
- ・ 医療・介護の連携を通じた効果的・効率的なサービス提供（例：骨折対策）

➤ 医療資源の効果的・効率的な活用

- ・ 効果が乏しいというエビデンスがあることが指摘されている医療（例：急性気道感染症・急性下痢症に対する抗菌薬処方）
- ・ 医療資源の投入量に地域差がある医療（例：白内障手術や化学療法の外来での実施、リフィル処方箋（※））
（※）リフィル処方箋については、地域差の実態等を確認した上で必要な取組を進める。

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

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

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

② 既存目標に係る効果的な取組

健康の保持 の推進

➤ 特定健診・保健指導の見直し

⇒アウトカム評価の導入、ICTの活用など

医療の効率的な 提供

➤ 重複投薬・多剤投与の適正化

⇒電子処方箋の活用

➤ 後発医薬品の使用促進

⇒個別の勧奨、フォーミュラリ策定等による更なる取組の推進や、バイオ後続品の目標設定等を踏まえた新たな数値目標の設定

実効性向上のための体制構築

③ 保険者・医療関係者との方向性の共有・連携

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

➤ 都道府県の責務や取り得る措置の明確化

- ・ 医療費が医療費見込みを著しく上回る場合等の要因分析・要因解消に向けた対応の努力義務化 等

第4期全国医療費適正化計画について

- 基本方針の内容や各都道府県から提出された計画内容を踏まえ、第4期の全国医療費適正化計画を策定。
(令和7年3月31日 告示)

第4期全国医療費適正化計画の構成

第一 計画の位置付け

- 一 計画のねらい、二 計画の期間

第二 医療費を取り巻く現状と課題

- 一 医療費の動向、二 生活習慣病の有病者及び予備群の状況

第三 目標と取組

- 一 基本理念（1 国民の生活の質の維持及び向上、2 今後の人口構成の変化への対応）
- 二 医療費適正化に向けた目標（1 国民の健康の保持の推進に関する達成目標、2 医療の効率的な提供の推進に関する達成目標、3 計画期間における医療に要する費用の見込み）

<主な目標>

- 1 特定健診実施率：70%以上、特定保健指導実施率：45%以上、メタボリックシンドロームの該当者及び予備群の減少率：25%以上
- 2 後発医薬品使用割合：主目標 後発医薬品の数量シェアを全ての都道府県で80%以上、副次目標① バイオ後続品に80%以上置き換わった成分数を全体の成分数の60%以上 副次目標② 後発医薬品の金額シェアを65%以上

- 三 目標を達成するために国が取り組むべき施策（1 国民の健康の保持の推進に関する施策、2 医療の効率的な提供の推進に関する施策）

<取組の内容>

- 1 保険者による特定健診等の推進、都道府県や市町村の啓発事業の促進及び国による国民運動、効果的な保健事業の推進、たばこ対策の推進、予防接種の推進、生活習慣病等の重症化予防の推進、高齢者の心身機能の低下等に起因した疾病予防・介護予防、その他予防・健康づくりの推進
- 2 病床機能の分化及び連携並びに地域包括ケアシステムの構築、後発医薬品及びバイオ後続品の使用促進、医薬品の適正使用の推進、医療資源の効果的・効率的な活用、医療・介護の連携を通じた効果的・効率的なサービス提供の推進

第四 都道府県医療費適正化計画における地域の課題を踏まえた医療費適正化に資する特徴的な施策

- 一 住民の健康づくり等の推進（1 乳幼児期からの健康づくりの推進、2 健康な食生活の推進、3 がん検診の推進）
- 二 高齢者の健康づくり等の推進（1 高齢者の社会活動等の推進、2 歯と口腔の健康づくりの推進、3 フレイル・ロコモティブシンドローム対策の推進）

第五 計画の推進

- 一 関係者の連携及び協力による計画の推進
- 二 計画の達成状況の評価（1 進捗状況公表、2 進捗状況に関する調査及び分析等、3 実績評価）

第4期医療費適正化計画（2024～2029年度）の目標と進捗状況（全国）

○第4期の目標と適正化効果額

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

○現在の状況

目標	実績					
	2018	2019	2020	2021	2022	
医療費の見込み	43.4兆円	44.4兆円	43.0兆円	45.0兆円	46.7兆円	
	外来	26.0兆円	26.7兆円	25.9兆円	27.4兆円	28.6兆円
	入院	17.3兆円	17.7兆円	17.1兆円	17.6兆円	18.1兆円
健康の保持の推進	特定健診の実施率	54.7%	55.6%	53.4%	56.5%	58.1%
	特定保健指導の実施率	23.2%	23.2%	23.0%	24.6%	26.5%
	メタボ該当者等の減少率	▲13.7%	▲13.5%	▲10.9%	▲13.8%	▲16.1%
医療の効率的な提供	後発医薬品の使用割合	75.1%	77.9%	79.6%	79.6%	81.2%
	バイオ後続品の使用割合	—	—	—	—	—

数値目標	
2029	適正化効果なし
50.6兆円	51.0兆円
31.4兆円	31.8兆円
-	19.2兆円（※）
70%	※地域医療構想による病床の機能分化及び連携の推進の成果を踏まえた数値
45%	
▲25%	
80%	
80%/60%	

参考資料



医療費見込みの推計方法 (1) 外来医療費に係る適正化効果額 (1/3)

1. 特定健診等の実施率の向上による適正化効果額の推計方法

- 平成25～令和元年度のNDBデータを用いて、特定保健指導対象者の入院外1人当たり医療費の経年的推移を分析した結果を用いて、特定健診の実施率70%、特定保健指導の実施率45%を達成した場合の効果額を推計する。

<推計式のイメージ> ※都道府県ごとに推計

$$\left\{ \left(\text{令和元年度の特定健診の対象者数} \times 0.7 \times 0.17 \times 0.45 - \text{令和元年度の特定保健指導の実施者数} \right) \times \text{特定保健指導による効果} \right\}$$

※ 令和元年度の実績では、特定健診受診者のうち、特定保健指導の対象となる者の割合が17%であり、これが変わらないと仮定

$$\div \left(\text{当該県の令和元年度の外来医療費} \times \text{当該県の令和11年度の外来医療費(推計)} \right)$$

2. 後発医薬品の使用促進による適正化効果額の推計方法

- 令和3年度のNDBデータを用いて、後発医薬品のある先発品を全て後発医薬品に置き換えた場合の効果額を推計し、この結果を用いて、①の式により数量ベースでの効果額を算定するとともに、②の式により金額ベースでの効果額を算定した上で、いずれか大きい方の額を後発医薬品の使用促進による効果とする。

※都道府県ごとに推計し、①か②のうちいずれか大きい方の額を後発医薬品の使用促進による効果とする。

※P4の効果額は、令和6年11月1日の基本方針改正前の都道府県ごとの数字を積み上げたものであるため、①の計算式のみ使用

<推計式のイメージ>

① (数量ベース) $\left\{ \left(\text{令和3年度時点の後発品のある先発品を100%後発品に置き換えた場合の効果額} \div \left(1 - \text{令和3年度の数量シェア} \right) \right) \times \left(\text{令和11年度に見込まれる数量シェア} - \text{令和3年度の数量シェア} \right) \right\} \div \left(\text{当該県の令和3年度の入院外医療費(推計)} \times \text{当該県の令和11年度の入院外医療費(推計)} \right)$

② (金額ベース) $\left\{ \left(\text{令和3年度時点の後発品のある先発品を100%後発品に置き換えた場合の効果額} \div \left(1 - \text{令和3年度のコストシェア} \right) \right) \times \left(\text{令和11年度に見込まれるコストシェア} - \text{令和3年度のコストシェア} \right) \right\} \div \left(\text{当該県の令和3年度の入院外医療費(推計)} \times \text{当該県の令和11年度の入院外医療費(推計)} \right)$

医療費見込みの推計方法 (1) 外来医療費に係る適正化効果額 (2/3)

3. バイオ後続品の使用促進による適正化効果額の推計方法

- 令和3年度のNDBデータを用いて、成分ごとに、先発品をすべてバイオ後続品に置き換えた場合の効果額を推計し、この結果を用いて、令和11年度の医療費に目標を達成した場合の効果額を推計。

<推計式のイメージ> ※都道府県ごとに推計

$$\left\{ \frac{\text{令和3年度時点の当該成分の先発品を100\%バイオ後続品に置き換えた場合の効果額}}{\left(1 - \frac{\text{令和3年度の当該成分の数量シェア}}{\text{令和3年度の当該成分の数量シェア}} \right)} \times \left(\frac{\text{令和11年度に見込まれる当該成分の数量シェア}}{\text{令和3年度の当該成分の数量シェア}} - 1 \right) \right\} \div \left(\frac{\text{当該県の令和3年度の入院外来医療費}}{\text{当該県の令和3年度の入院外来医療費}} \right) \times \text{当該件の令和11年度の入院外来医療費 (推計)}$$

4. 人口1人当たり外来医療費の地域差縮減を目指す取組による適正化効果額の推計方法

- 外来医療費については、一定の広がりのある取組を通じて医療費の地域差縮減が期待される目標に着目。
- 生活習慣病等の重症化予防の推進、医薬品の適正使用の推進（重複投薬・多剤投与の適正化）の目標の達成に向けた取組について推計。

<推計式のイメージ> ※都道府県ごとに推計

$$\left\{ \left(\frac{\text{当該県の令和元年度の生活習慣病(糖尿病)の40歳以上の人口1人当たり医療費}}{\text{令和元年度の生活習慣病(糖尿病)の40歳以上の人口1人当たり医療費}} - \frac{\text{令和元年度の生活習慣病(糖尿病)の40歳以上の人口1人当たり医療費}}{\text{令和元年度の生活習慣病(糖尿病)の40歳以上の人口1人当たり医療費}} \right) \times \frac{\text{当該県の令和元年度の40歳以上の人口}}{\text{当該県の令和元年度の40歳以上の人口}} \div 2 \right\} + \left\{ \frac{\text{当該県の令和元年度の3医療機関以上の重複投薬の薬剤費のうち、2医療機関を超える薬剤費の1人当たり薬剤費}}{\text{当該県の令和元年度の3医療機関以上の重複投薬となっている患者数}} \times \frac{\text{当該県の令和元年度の3医療機関以上の重複投薬となっている患者数}}{\text{当該県の令和元年度の3医療機関以上の重複投薬となっている患者数}} \div 2 \right\} + \left\{ \frac{\text{当該県の令和元年度の9剤(※)以上の高齢者(65歳以上)の薬剤数が1減った場合の1人当たり薬剤費の差額}}{\text{当該県の令和元年度の9剤以上の高齢者(65歳以上)の患者数}} \times \frac{\text{当該県の令和元年度の9剤以上の高齢者(65歳以上)の患者数}}{\text{当該県の令和元年度の9剤以上の高齢者(65歳以上)の患者数}} \div 2 \right\} \div \left(\frac{\text{当該県の令和元年度の外来医療費}}{\text{当該県の令和元年度の外来医療費}} \right) \times \text{当該県の令和11年度の外来医療費 (推計)}$$

平均を上回る地域が仮に平均との差を半減した場合

全都道府県で一定の医薬品の適正化等の取組を行う場合

※普及啓発等の取組は6剤を目安とし、効果額の推計に当たっては、9剤以上処方されている場合に必ずしも必要のない医薬品が処方されている可能性が高くなるという知見等を踏まえて設定

医療費見込みの推計方法 (1) 外来医療費に係る適正化効果額 (3/3)

5. 医療資源の効果的・効率的な活用による適正化効果額の推計方法

- 第4期医療費適正化計画の新たな目標として、医療資源の効率的・効果的な活用を位置づける。
- 具体的には、以下のような医療の適正化に向けた取組について、医療費適正化効果額を推計することとする。
 - 効果が乏しいというエビデンスがあることが指摘されている医療（急性気道感染症・急性下痢症に対する抗菌薬処方）
 - 医療資源の投入量に地域差がある医療（白内障手術や化学療法の外来での実施）

<推計式のイメージ> ※都道府県ごとに推計

$$\begin{aligned}
 & \left\{ \left(\frac{\text{当該県の令和元年度の急性気道感染症患者に対する抗菌薬処方の薬剤費}}{2} \right) + \left(\frac{\text{当該県の令和元年度の急性下痢症患者に対する抗菌薬処方の薬剤費}}{2} \right) \right. \\
 & + \left(\frac{\text{当該県の令和元年度の白内障手術の実施件数} \times \left(\frac{\text{当該県の令和元年度の白内障手術の入院実施の割合} - \text{全国の令和元年度の白内障手術の入院実施の割合の平均}}{2} \right) \right. \\
 & \quad \times \left. \frac{\text{令和元年度の白内障手術における入院実施と外来実施の1件当たり医療費の差額}}{2} \right. \\
 & + \left(\frac{\text{当該県の令和元年度の外来化学療法の実施件数} \times \left(\frac{\text{全国の令和元年度の外来化学療法の人口1人当たり実施件数(性年齢調整後)}}{\text{当該県の令和元年度の外来化学療法の人口1人当たり実施件数(性年齢調整後)}} - 1 \right) \right. \\
 & \quad \times \left. \frac{\text{令和元年度の化学療法における入院実施と外来実施の1件当たり医療費の差額}}{2} \right\} \\
 & \div \left(\frac{\text{当該県の令和元年度の外来医療費}}{\text{当該県の令和11年度の外来医療費(推計)}} \right)
 \end{aligned}$$



厚生労働省

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

年金額の改定を踏まえた自己負担の所得区分における基準額の調整について

厚生労働省 保険局

Ministry of Health, Labour and Welfare of Japan

年金額の改定を踏まえた自己負担の所得区分における基準額の調整について

見直しの方向性

- 高額療養費制度（70歳以上）の低所得Ⅰ区分（住民税非課税（所得が一定以下））の基準については、介護保険の利用者負担第2段階の基準額を参考に、老齢基礎年金（満額）の支給額相当として、**年金収入80万円**を基準として設定している。※ 基準設定時（平成18年度）の老齢基礎年金（満額）の支給額：792,100円/年
- 今般、70歳以上に適用される令和6年（1～12月）の老齢基礎年金（満額）の支給額が806,700円となり、80万円を超えることを踏まえ、基準を見直し、年金収入の基準額を806,700円とすることとする。（令和7年8月施行予定）
 - ※ 入院時食事療養費、入院時生活療養費及び高額介護合算療養費における低所得Ⅰ区分の基準についても、同様の措置を行う。
 - ※ なお、介護保険の保険料及び利用者負担等における基準額についても、同様に改正。

（現行の所得区分）

70歳以上	負担割合	上限額（世帯ごと）	
		外来（個人ごと）	
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	252,600 + (医療費 - 842,000) × 1% <多数回該当：140,100>	
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		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・後期：課税所得145万円以上		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・後期：課税所得145万円未満	70-74歳 2割	18,000 (年間上限144,000)	57,600 <多数回該当：44,400>
住民税非課税	75歳以上	8,000	24,600
住民税非課税 （所得が一定以下（ 年金収入80万円 以下等））	1割又は2割		15,000

年金収入80.67万円に見直し

医療法等の一部を改正する法律案の閣議決定について

厚生労働省医政局

Ministry of Health, Labour and Welfare of Japan

医療法等の一部を改正する法律案の概要

改正の趣旨

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

改正の概要

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

- ① 地域医療構想について、2040年頃を見据えた医療提供体制を確保するため、以下の見直しを行う。
 - ・病床のみならず、入院・外来・在宅医療、介護との連携を含む将来の医療提供体制全体の構想とする。
 - ・地域医療構想調整会議の構成員として市町村を明確化し、在宅医療や介護との連携等を議題とする場合の参画を求める。
 - ・医療機関機能（高齢者救急・地域急性期機能、在宅医療等連携機能、急性期拠点機能等）報告制度を設ける。
- ② 「オンライン診療」を医療法に定義し、手続規定やオンライン診療を受ける場所を提供する施設に係る規定を整備する。
- ③ 美容医療を行う医療機関における定期報告義務等を設ける。

2. 医師偏在是正に向けた総合的な対策【医療法、健康保険法、総確法等】

- ① 都道府県知事が、医療計画において「重点的に医師を確保すべき区域」を定めることができることとする。保険者からの拠出による当該区域の医師の手当の支給に関する事業を設ける。
- ② 外来医師過多区域の無床診療所への対応を強化（新規開設の事前届出制、要請勧告公表、保険医療機関の指定期間の短縮等）する。
- ③ 保険医療機関の管理者について、保険医として一定年数の従事経験を持つ者であること等を要件とし、責務を課すこととする。

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

- ① 必要な電子カルテ情報の医療機関での共有等や、感染症発生届の電子カルテ情報共有サービス経由の提出を可能とする。
- ② 医療情報の二次利用の推進のため、厚生労働大臣が保有する医療・介護関係のデータベースの仮名化情報の利用・提供を可能とする。
- ③ 社会保険診療報酬支払基金を医療DXの運営に係る母体として名称、法人の目的、組織体制等の見直しを行う。

また、厚生労働大臣は、医療DXを推進するための「医療情報化推進方針」を策定する。その他公費負担医療等に係る規定を整備する。

等

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

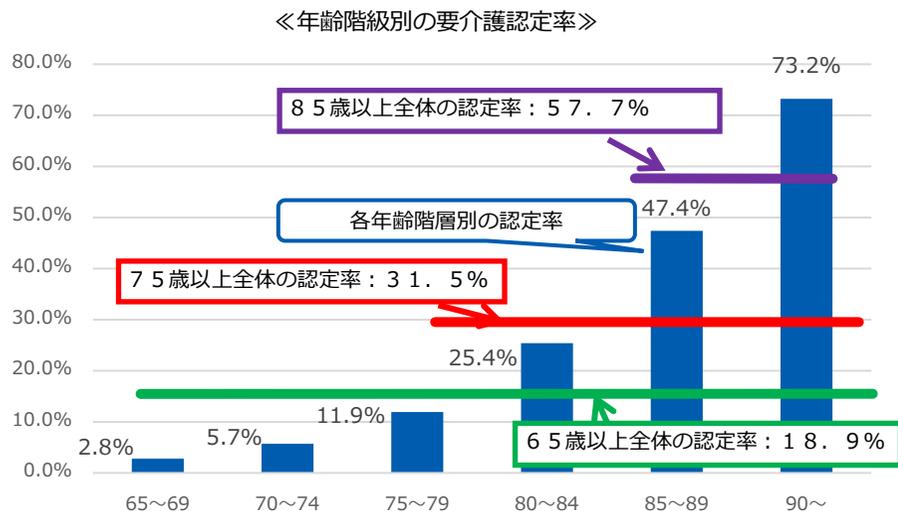
施行期日

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

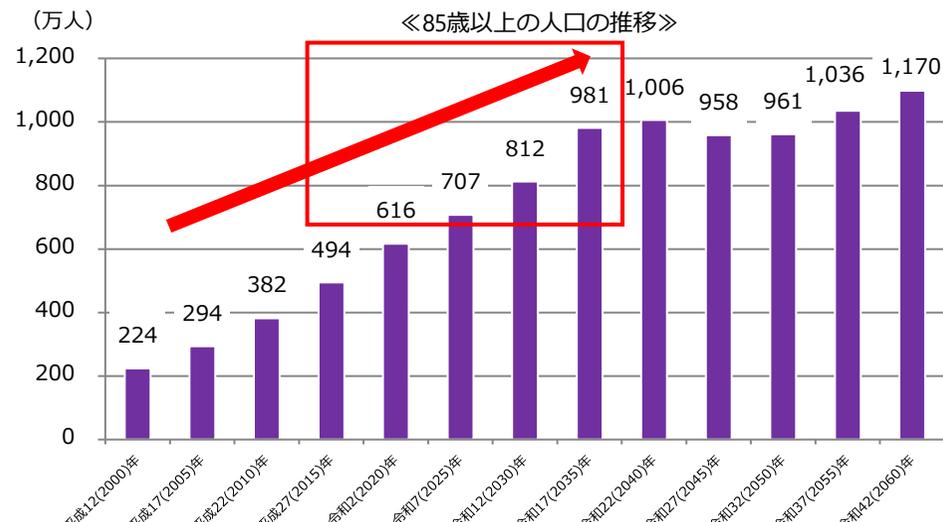
2040年頃に向けた医療の課題①

I. 将来の人口構造の変化と求められる医療需要①

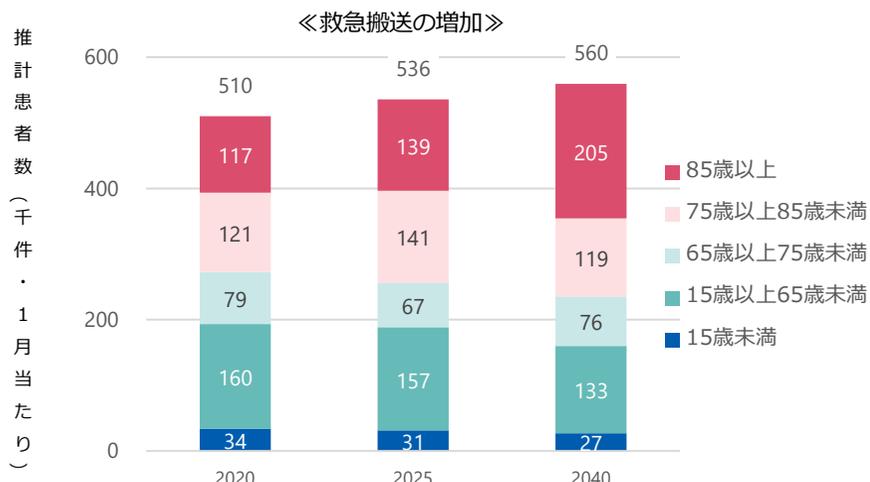
- 人口は、85歳以上を中心に高齢者数は2040年頃のピークまで増加見込み。
- 医療・介護の複合ニーズを有する85歳以上の高齢者の増加に伴い、85歳以上を中心に高齢者の救急搬送は増加、在宅医療の需要も増加。



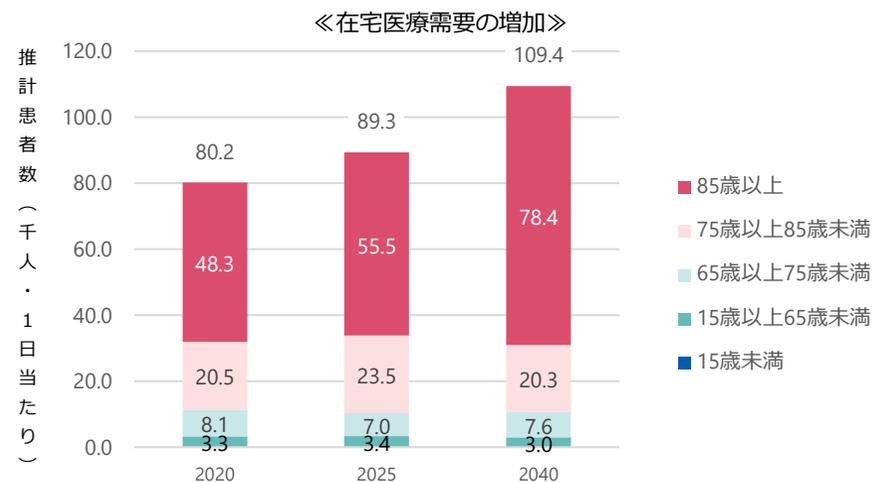
出典：2022年9月末認定者数（介護保険事業状況報告）及び2022年10月1日人口から作成



（資料）国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口」（令和5年4月推計）出生中位（死亡中位）推計
2020年までの実績は、総務省統計局「国勢調査」



資料出所：消防庁データを用いて、救急搬送（2019年度分）の件数を集計したものを、2020年1月住民基本台帳人口で把握した都道府県別人口で除して年齢階級別に利用率を作成し、地域別将来推計人口に適用して作成



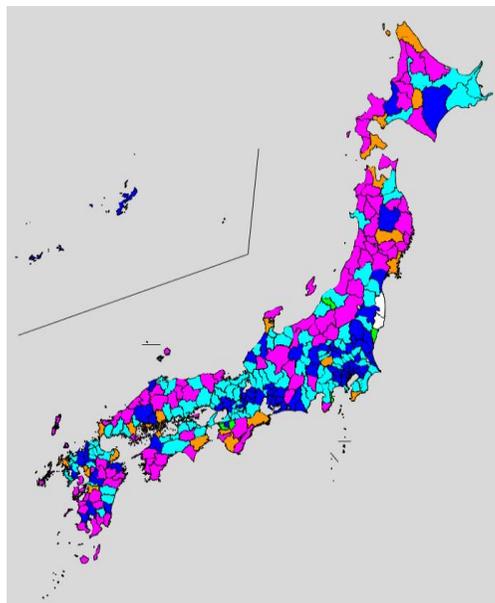
出典：厚生労働省「患者調査」（2017年）総務省「人口推計」（2017年）
国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口（2023年推計）」を基に推計

2040年頃に向けた医療の課題②

I. 将来の人口構造の変化と求められる医療需要②

- 地域ごとにみると、生産年齢人口はほぼ全ての地域で減少し、高齢人口は、大都市部では増加、過疎地域では減少、地方都市部では高齢人口が増加する地域と減少する地域がある。
- こうした地域差の拡大に伴い、地域ごとの課題や地域に求められる医療提供体制のあり方はそれぞれ異なったものとなる。

《入院患者数が最大となる年（二次医療圏別）》



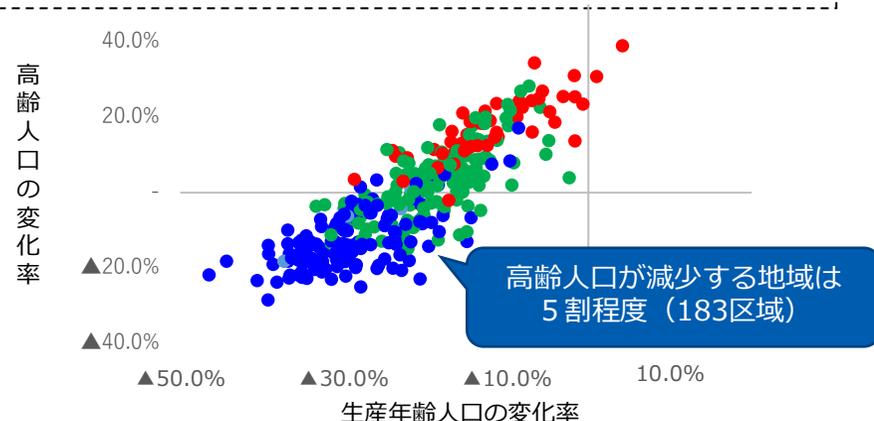
- : 2020年以前に最大
- : 2025年に最大
- : 2030年に最大
- : 2035年に最大
- : 2040年以降に最大

出典：厚生労働省「患者調査」（2017年）、総務省「住民基本台帳人口」（2018年）、「人口推計」（2017年）及び国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口（2023年推計）」を基に厚生労働省医政局地域医療計画課において推計。

《2025年→2040年の年齢区分別人口の変化の状況（構想区域（337区域）別）》

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

大都市型：人口が100万人以上（又は）人口密度が2,000人/km²以上
地方都市型：人口が20万人以上（又は）人口10～20万人（かつ）人口密度が200人/km²以上
過疎地域型：上記以外



II. 生産年齢人口の減少に伴う、医療従事者の確保の課題

- 生産年齢人口の減少に伴い、医療従事者の確保が更に困難となる中、働き方改革等とあわせて、医療DX等を着実に推進していくことが重要。
- 医師については、人口が減少する中での医師養成のあり方や医師偏在が課題となっているほか、特に診療所の医師は高齢化しており、診療所数は人口が少ない二次医療圏では減少傾向、人口の多い二次医療圏では増加傾向にある。
- 歯科医師、看護師等の医療従事者についても、将来にわたって医療提供体制を確保するため、その養成のあり方や偏在等の課題、専門性を発揮した効果的な活用の重要性が指摘されている。
- これらの課題に対応し、85歳以上の高齢者の増加や人口減少がさらに進む2040年以降においても、全ての地域・全ての世代の患者が、適切な医療・介護を受け、必要に応じて入院し、日常生活に戻ることができ、同時に、医療従事者も持続可能な働き方を確保することを目指す。

2040年に向けて、総合的な改革によって、より質の高い医療やケアを効率的に提供する体制を構築

2040年頃に向けた医療提供体制の総合的な改革

※「●」は法律事項

2040年頃を見据えた新たな地域医療構想

- 入院医療だけではなく、外来・在宅医療、介護との連携、人材確保等を含めた地域の医療提供体制全体の課題解決を図る新たな地域医療構想の策定
 - ・病床の機能区分（高度急性期、急性期、回復期、慢性期）について「回復期機能」を「包括期機能」として位置付け
- 医療機関機能（高齢者救急・地域急性期機能、在宅医療等連携機能、急性期拠点機能、専門等機能、医育及び広域診療機能）の報告制度の創設
 - ・二次医療圏を基本とした地域での協議のほか、都道府県単位での協議、在宅医療等により狭い区域での協議を実施
 - ・新たな構想の取組を推進するための総合確保基金の見直し
- 都道府県知事の権限（医療機関機能報告の創設に伴う必要な機能の確保、基準病床数と必要病床数の整合性の確保等）
- 厚労大臣の責務明確化（データ分析・共有、研修等の支援策）
- 新たな地域医療構想に精神医療を位置付ける

医療DXの推進

- 電子カルテ情報共有サービスの構築・普及、次の感染症危機に備えた電子カルテ情報の利用等
- マイナ保険証1枚で医療費助成を受けられる仕組みの整備等
- 公的DBの利用促進などの医療等情報の二次利用の推進
- 社会保険診療報酬支払基金を、医療DXに係るシステム開発・運用主体として抜本的に改組等

オンライン診療の推進

- オンライン診療の法定化・基準の明示
- オンライン診療受診施設の設置者による届出等

その他、下記の措置を行う

- ・一般社団法人立医療機関に対する非営利性の徹底
- 持ち分なし医療法人への移行計画の認定期限の延長（※）等

医師偏在対策

<医師確保計画の実効性の確保>

- 「重点医師偏在対策支援区域」の設定
 - ・「医師偏在是正プラン」の策定

<地域の医療機関の支え合いの仕組み>

- ・医師少数区域等での勤務経験を求める管理者要件の対象医療機関の公的医療機関等への拡大等
- 外来医師過多区域における、新規開業希望者への地域で不足する医療や医師不足地域での医療の提供の要請・勧告・公表と、保険医療機関の指定(6年から3年等への短縮)を連携して運用
- 保険医療機関の管理者要件

<経済的インセンティブ等>

- 重点医師偏在対策支援区域における支援を実施
 - 診療所の承継・開業・地域定着支援
 - 派遣医師・従事医師への手当増額
 - 保険者から広く負担を求め、給付費の中で一体的に捉える
 - 医師の勤務・生活環境改善、派遣元医療機関への支援
- ※ 医師偏在への配慮を図る観点から、診療報酬の対応をさらに検討
- ・全国的なマッチング機能の支援
- ・医師養成過程を通じた取組

美容医療への対応

- 美容医療を行う医療機関等の報告・公表の仕組みの導入（報告事項）
 - 安全管理措置の実施状況/専門医資格の有無/相談窓口の設置状況等
- ・関係学会によるガイドライン策定等

（※）現行の期限（令和8年12月31日）から更に3年延長。
本制度に係る税制優遇措置の延長については、令和8年度税制改正要望を行う。

参考資料



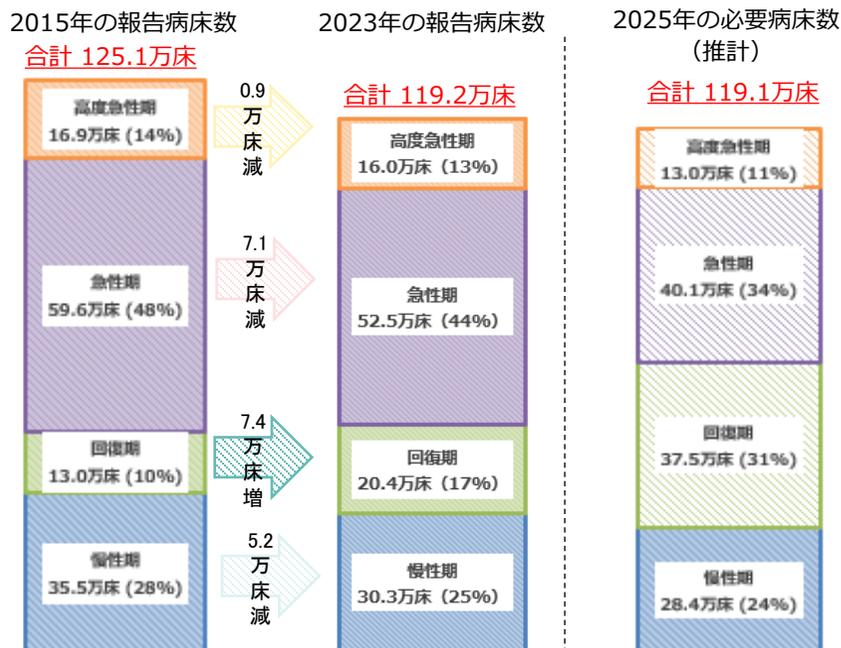
1. 地域医療構想の見直し等① 新たな地域医療構想の概要

現行の地域医療構想

病床の機能分化・連携

- 団塊の世代が全て75歳以上となる2025年に向けて、高齢者の医療需要が増加することが想定される。
- 約300の構想区域を対象として、**病床の機能分化・連携を推進**するための2025年に向けた地域医療構想を策定。

<全国の報告病床数と必要病床数>



※ 病床機能報告の集計結果と将来の病床の必要量は、各構想区域の病床数を機械的に足し合わせたものであり、また、それぞれ計算方法が異なることから、単純に比較するのではなく、詳細な分析や検討を行った上で地域医療構想調整会議で協議を行うことが重要。

新たな地域医療構想

入院医療だけではなく、**外来医療・在宅医療、介護との連携、人材確保等を含めた地域の医療提供体制全体の課題解決を図る地域医療構想へ**

- 2040年頃に向けて、医療・介護の複合ニーズ等を抱える85歳以上の増加、人材確保の制約、地域差の拡大が想定される。
- 増加する高齢者救急・在宅医療の需要への対応、医療の質や医療従事者の確保、地域における必要な医療機能の維持が求められる。
- 病床の機能分化・連携だけでなく、**外来医療・在宅医療、介護との連携、人材確保等を含めたあるべき医療提供体制の実現**に資する新たな地域医療構想を策定。
- 2040年やその先を見据えて、地域の実情に応じて、「治す医療」を担う医療機関と「治し支える医療」を担う医療機関の役割分担を明確化し、**医療機関の連携・再編・集約化**を推進することが重要。
このため、病床の機能分化・連携に加え、
 - ・ **地域ごとの医療機関機能** (高齢者救急の受入、在宅医療の提供、救急・急性期の医療提供等)
 - ・ **広域な観点の医療機関機能** (医育及び広域診療等の総合的な機能)の確保に向けた取組を推進。

<今後のスケジュール>

- 令和7年度 新たな地域医療構想に関するガイドラインの作成 (国)
- 令和8年度～ 新たな地域医療構想の策定 (県)
- 令和9年度～ 新たな地域医療構想の取組を順次開始 (県)

1 現状

- **医事法制上、オンライン診療は解釈運用**によって、機動的・柔軟にその実施が図られてきた。
- 法制上の位置づけを明確化し、**適切なオンライン診療を更に推進**していくため、**現行制度の運用を活かす**形で、**医療法にオンライン診療の総合的な規定**を設ける。

2 改正の内容

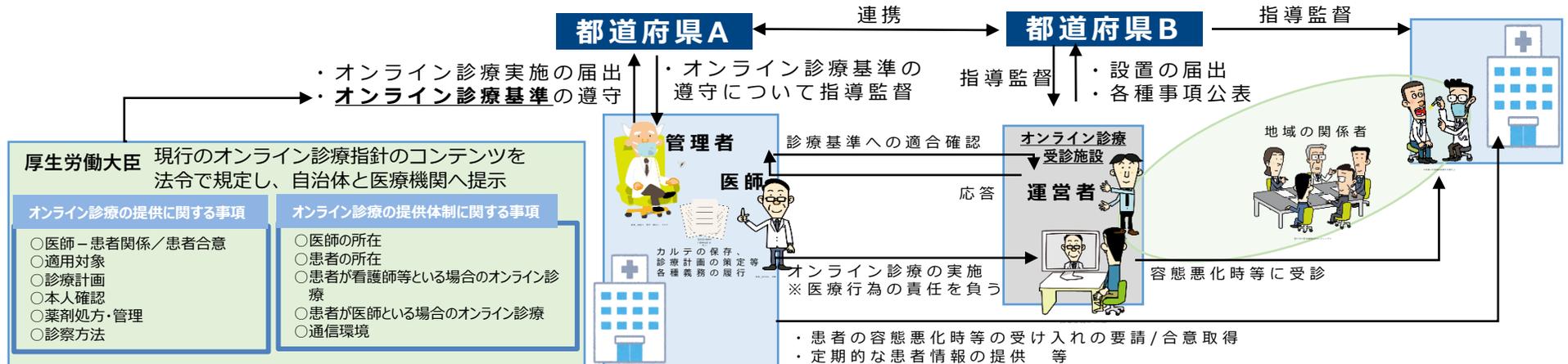
オンライン診療を行う医療機関

- 医療法にオンライン診療を定義づけ、**オンライン診療を行う医療機関はその旨を届け出る**（都道府県Aへの届出）。
- **厚生労働大臣は、オンライン診療の適切な実施に関する基準（オンライン診療基準）**を定め、**オンライン診療は同基準に従って行うこととする**。
- オンライン診療を行う**医療機関の管理者は、オンライン診療基準を遵守するための措置を講じる**こととする。

オンライン診療受診施設

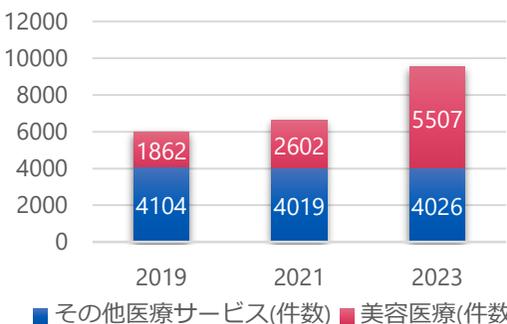
- **患者がオンライン診療を受ける専用の施設として、医療法に「オンライン診療受診施設」を創設する。**
 （定義）施設の設置者が、業として、オンライン診療を行う医師又は歯科医師の勤務する病院、診療所、介護老人保健施設又は介護医療院に対して、その行うオンライン診療を患者が受ける場所として提供する施設
- オンライン診療受診施設の設置者は、**設置後10日以内に届け出る**（都道府県Bへの届出）。
- **オンライン診療を行う医療機関の管理者が、オンライン診療受診施設の設置者に対して、オンライン診療基準への適合性を確認**することとする。
- オンライン診療受診施設の**広告・公表事項等は省令で定める**こととする。

（※） オンライン診療を行う医療機関の管理者は、容態急変の事態に備え、患者の所在地近隣の医療機関と受け入れの合意等を取付し、その過程で、地域医療に与える影響やその可能性について、地域の関係者と連携して把握することとする。



1 現状 美容医療を取り巻く状況

医療の相談件数の推移



患者

「シワを取るはずが顔面麻痺が残った…」
 「医師ではない人に治療方針を決定された…」
 「オンラインで無診察処方された…」
 「強引に高額な契約を結ばされた…」
 「SNS広告を見て受診しトラブルに…」



医療機関



医師

「関係法令&ルールを知らない…」
 「提供した医療の内容や契約内容について患者とトラブルになる…」
 「研修・教育体制が不十分…」
 「問題が起こっても対処できない…」



保健所等

「安全管理の状況・体制等を把握しにくい…」
 「通報を受けたが立入検査に入っ
 よいケースかどうか分からない…」
 「カルテを見ても診療の実態がわからず、指導ができない…」

出典：PIO-NET（※）へ2024年3月31日までに登録された相談データ

美容医療がより安全に、より高い質で提供されるに当たっての課題・対応

2 課題

- 美容医療を提供する医療機関における院内の安全管理の実施状況・体制等を保健所等が把握できていない
- 患者側も医療機関の状況・体制を知る手段がなく、医療機関における相談窓口を知らない
- 関係法令&ルール（オンライン診療に係るものを含む。）が浸透していない
- 合併症等への対応が困難な医師が施術を担当している
- 安全な医療提供体制や適切な診療プロセスが全般的・統一的に示されていない
- アフターケア・緊急対応が行われない医療機関がある
- 保健所等の指導根拠となる診療録等の記載が不十分な場合がある
- 悪質な医療広告が放置されている

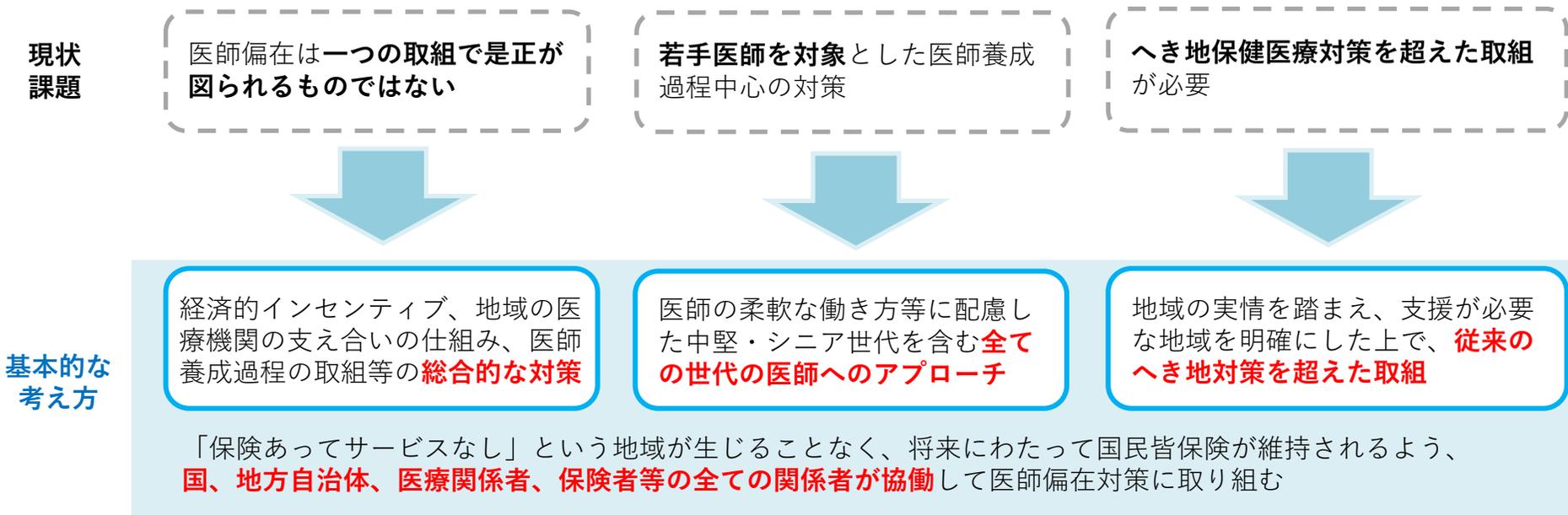
3 改正の内容

- 美容医療を行う医療機関の報告・公表の仕組みの導入**
⇒ 安全管理措置の実施状況/専門医資格の有無/相談窓口の設置状況等について都道府県等に対する報告を求め、そのうち国民に必要な情報を公表
- 関係法令&ルールに関する通知の発出**
⇒ 保健所等による立入検査や指導のプロセス・法的根拠の明確化
- 医療機関による診療録等への記載の徹底**
- オンライン診療指針が遵守されるための法的整理**
- 関係学会によるガイドライン策定**
⇒ 遵守すべきルール/標準的な治療内容/記録の記載方法/有害事象発生時の対応方針/適切な研修のあり方/契約締結時のルール等を盛り込んだガイドラインを策定
- 医療広告規制の取締り強化**
- 行政等による周知・広報を通じた国民の理解の促進等**

- 地域ごとに人口構造が急激に変化する中で、将来にわたり地域に必要な医療提供体制を確保し、適切な医療サービスを提供するため、以下の基本的な考え方に基づき、制度改革を含め必要な対応に取り組み、**実効性のある総合的な医師偏在対策**を推進する。
- **総合的な医師偏在対策**について、**医療法に基づく医療提供体制確保の基本方針に位置付ける**。

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

【基本的な考え方】



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

【総合的な対策パッケージの具体的な取組】

若手

中堅・シニア世代

医師養成過程を通じた取組

- <医学部定員・地域枠>
- ・医学部臨時定員について、医師の偏在対策に資するよう、都道府県等の意見を十分に聞きながら、必要な対応を進める
- ・医学部臨時定員の適正化を行う医師多数県において、大学による**恒久定員内の地域枠設置等**への支援を行う
- ・今後の医師の需給状況を踏まえつつ、2027年度以降の医学部定員の適正化の検討を速やかに行う
- <臨床研修>
- ・**広域連携型プログラム**※の制度化に向けて令和8年度から開始できるよう準備
- ※ 医師少数県等で24週以上の研修を実施

医師確保計画の実効性の確保

- <重点医師偏在対策支援区域>
- ・今後も定住人口が見込まれるが人口減少より医療機関の減少スピードが速い地域等を「**重点医師偏在対策支援区域**」と設定し、**優先的・重点的に対策を進める**
- ・重点区域は、厚労省の示す候補区域を参考としつつ、都道府県が可住地面積あたり医師数、アクセス、人口動態等を考慮し、地域医療対策協議会・保険者協議会で協議の上で選定（市区町村単位・地区単位等を含む）
- <医師偏在是正プラン>
- ・医師確保計画の中で「**医師偏在是正プラン**」を策定。地对協・保険者協議会で協議の上、重点区域、支援対象医療機関、必要な医師数、取組等を定める
- ※ 医師偏在指標について、令和9年度からの次期医師確保計画に向けて必要な見直しを検討

地域偏在対策における経済的インセンティブ等

- <経済的インセンティブ>
- ・令和8年度予算編成過程で**重点区域における以下のような支援**について検討
 - ・**診療所の承継・開業・地域定着支援**（緊急的に先行して実施）
 - ・**派遣医師・従事医師への手当増額**（保険者から広く負担を求め、給付費の中で一体的に捉える。保険者による効果等の確認）
 - ・**医師の勤務・生活環境改善、派遣元医療機関へ支援**
 - ※ これらの支援については事業費総額等の範囲内で支援
- ・**医師偏在への配慮を図る観点から、診療報酬の対応**を検討

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

地域の医療機関の支え合いの仕組み

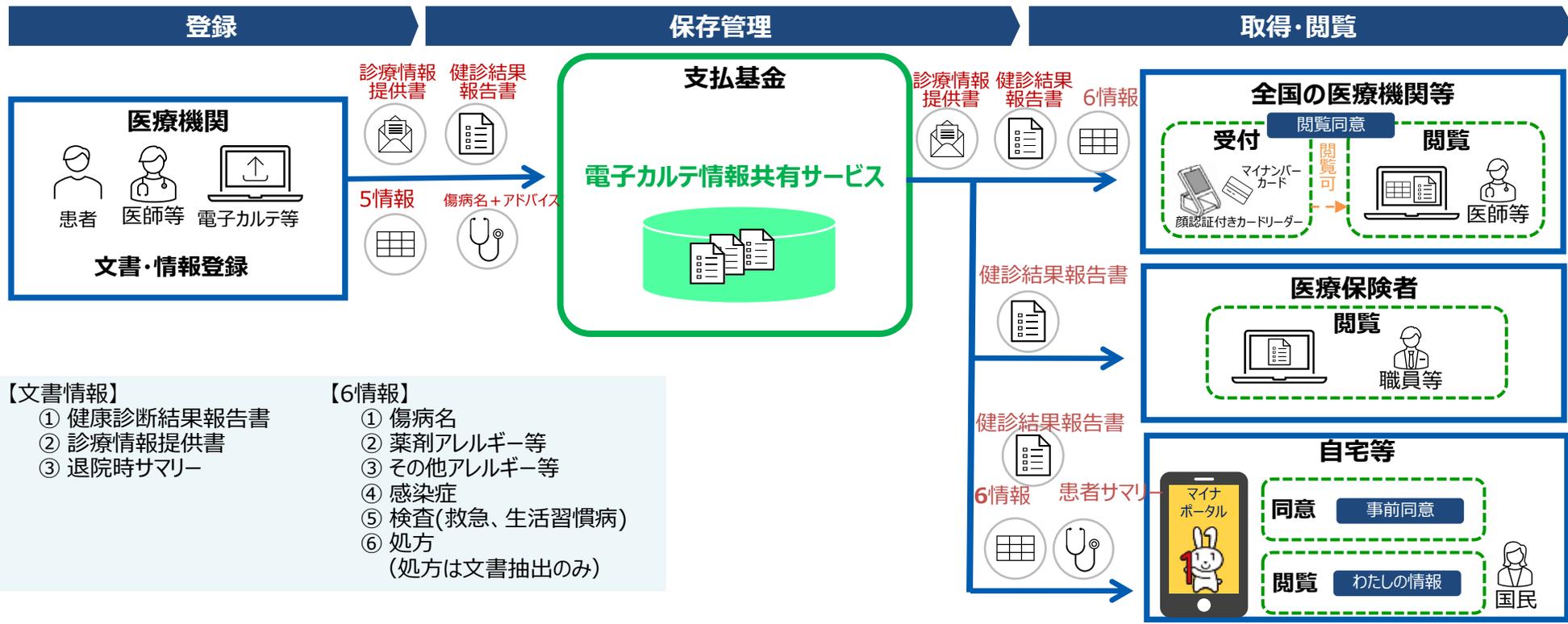
- <医師少数区域等での勤務経験を求める管理者要件の対象医療機関の拡大等>
- ・対象医療機関に**公的医療機関及び国立病院機構・地域医療機能推進機構・労働者健康安全機構の病院**を追加
- ・勤務経験期間を6か月以上から**1年以上に延長**。施行に当たって柔軟な対応を実施
- <外来医師過多区域における新規開業希望者への地域に必要な医療機能の要請等>
- ・都道府県から**外来医師過多区域の新規開業希望者**に対し、**開業6か月前に提供予定の医療機能等の届出**を求め、協議の場への参加、地域で不足する医療や医師不足地域での**医療の提供の要請**を可能とする
- ・要請に従わない医療機関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

診療科偏在の是正に向けた取組

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

制度の概要

- 全国の医療機関等において、電子カルテ情報を共有・閲覧することができるようにする。
 - ・医療機関が3文書（健診結果報告書、診療情報提供書、退院時サマリー）と6情報（傷病名や検査等）を電子的に共有できるようにする。
 - ・患者が自身のマイナポータルで健診結果報告書や6情報を閲覧できるようにする。医療保険者にも健診結果報告書を電子的共有する。
- 以下の内容を法律に規定。
 - ① 医療機関等は、3文書6情報を支払基金等に電子的に提供することができる旨を法律に位置づける。個人情報保護法の例外として、提供する際の患者の同意取得を不要とする。他の医療機関が閲覧する際には患者の同意が必要。
 - ② 支払基金等は、3文書6情報を、電子カルテ情報共有サービス等以外の目的には使用してはならない。
 - ③ システムの運用費用は医療保険者等が負担する。
 - ④ 地域医療支援病院等の管理者に3文書・6情報の共有に関する体制整備の努力義務を設ける。



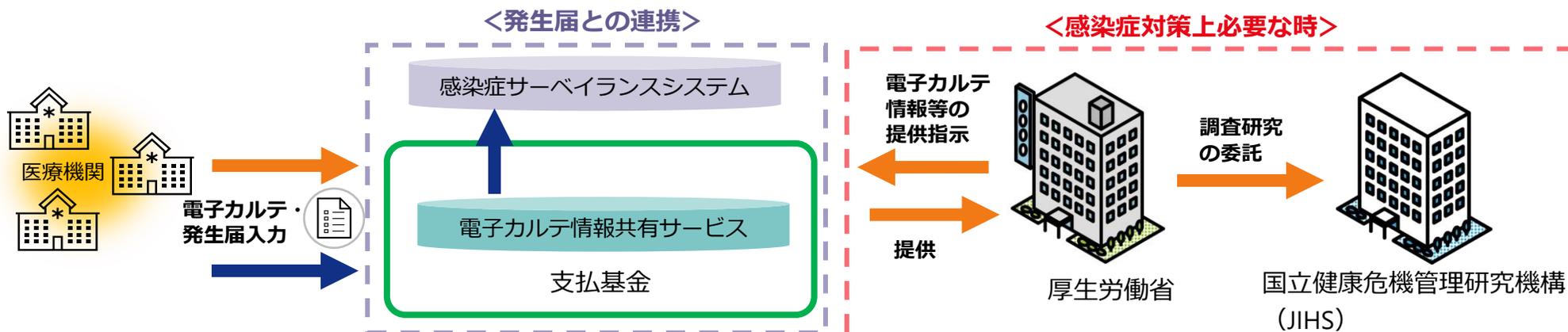
3. 医療DXの推進① 次の感染症危機に備えた、電子カルテ情報共有サービスの利用等

現状・課題

- 医師が診療時に入力する電子カルテ用端末については、インターネットに接続していない医療機関も存在している。そのような医療機関では、同一端末から直接、感染症サーベイランスシステムにアクセスすることができず、**発生届を届け出る際は、インターネット回線に接続された別の端末で、カルテに記録した診療情報と同一の情報を改めて入力する必要があり、負担になっている。**
- 次のパンデミックを見据えた感染症危機管理体制を構築することは、我が国の喫緊の課題であり、2025年4月に創設される国立健康危機管理研究機構（JIHS）は、感染症対応を中心に据えた組織として、感染症に関する情報の収集・分析機能を強化することを目指す。

改正案の内容

- 医師等が、感染症の発生届等を届け出る際、電子カルテに記録した診療情報を改めて入力することなく、同一端末上で発生届等を作成できるようにするため、**一部の感染症について、医師等が発生届を電子カルテ情報共有サービスを経由する方法により届け出ることができる旨の規定を設ける。**
- 感染症対策上必要な時は、厚生労働大臣から支払基金等に対して、電子カルテ情報等の提供を求めることができることとする。**
- また、厚生労働大臣は、支払基金等から提供を受けた電子カルテ情報等を用いた調査研究を、**国立健康危機管理研究機構（JIHS）に委託することができることとする。**



3. 医療DXの推進② 公的DBにおける仮名化情報の利用・提供

現状

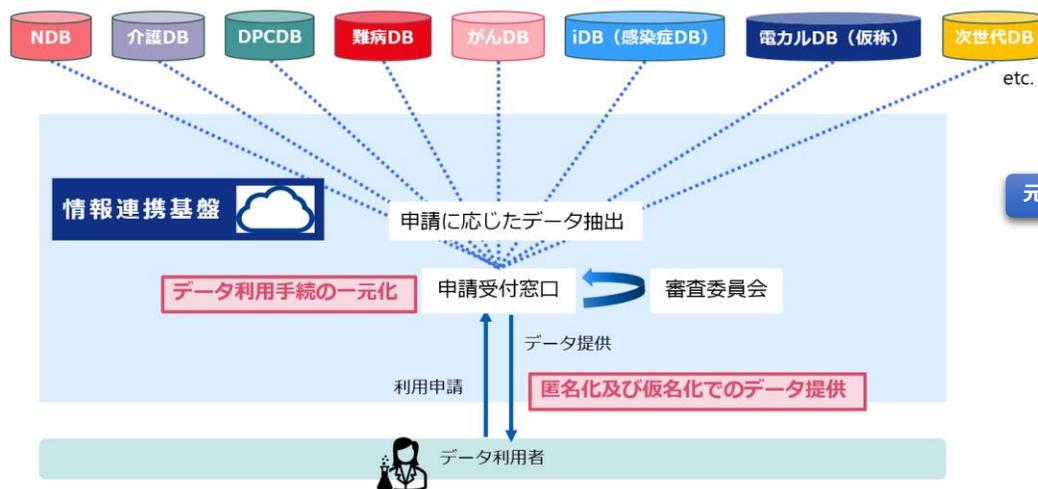
- 厚生労働大臣等が保有する医療・介護関係のDB（公的DB）では、これまで**匿名化情報**の利用・提供を進めてきた。
- 医学・医療分野の研究開発等において、**匿名化情報では精緻な分析や長期の追跡ができない**等、一定の限界がある。
- データ利用者は、利用したいDBそれぞれに対して申請を行い承認を得る必要がある等、負担が大きい。

改正の内容

- 公的DBの**仮名化情報の利用・提供を可能**とし、**他の仮名化情報や次世代医療基盤法の仮名加工医療情報との連結解析を可能**とする。
- その際、個人情報の保護を適切に図るため、以下のような管理・運用を行うこととする。
 - ・仮名化情報の利用は「**相当の公益性がある場合**」に**認める**こととし、**利用目的や内容に応じて必要性やリスクを適切に審査**する。
 - ・DBは、個人情報保護法上、個人情報の保有主体に求められるものと同等の安全管理措置や不適正利用の禁止等の措置を講ずる。
 - ・仮名化情報の利用に当たっては、**クラウドの情報連携基盤上で解析等を行い、データ自体を相手に提供しないことを基本**にする。
 - ・これまでの匿名化情報と同様に、照合禁止やデータ消去、安全管理措置、不正利用の際の罰則を求め、**匿名化情報よりも厳格な管理を担保**するため、**厚労大臣等から利用者に対して利用の目的・方法の制限の要求**等の規定を設ける。

改正案

<医療・介護関係の公的DBの利活用促進のイメージ>



<匿名化情報・仮名化情報のイメージ>

匿名化情報：本人を識別すること及びその作成に用いられた情報を復元することができないように加工された情報

ID	性別	生年月日	体重	収縮期血圧	病名
B002	女	2003/7	50~55	201以上	その他

氏名等は削除
氏名等に加え、**必要に応じて、医療データ領域も削除・改変が必要**

元データ

氏名	性別	生年月日	体重	収縮期血圧	病名
厚労花子	女	2003/7/26	53.4	211	膵島細胞症 (希少疾患)

氏名等は削除
医療データ領域の削除・改変は基本的に不要 (医療データ領域)

ID	性別	生年月日	体重	収縮期血圧	病名
B002	女	2003/7/26	53.4	211	膵島細胞症 (希少疾患)

仮名化情報：氏名等の削除等により、他の情報と照合しない限り、特定の個人を識別できないように加工された情報

3. 医療DXの推進③ 社会保険診療報酬支払基金の組織体制の見直し等について

社会保険診療報酬支払基金の組織体制の見直し

① 法人名称の見直し

- 診療報酬の審査支払業務と医療DX業務の両方を担う法人の名称とするため、「**医療情報基盤・診療報酬審査支払機構**」とする。

② 医療DX業務への国のガバナンス発揮

- 厚生労働大臣が、医療DXの総合的な方針（「**医療情報化推進方針**」）を定め、支払基金は、医療DXの中期的な計画（「**中期計画**」）を定めることとする。

③ 柔軟かつ一元的な意思決定体制

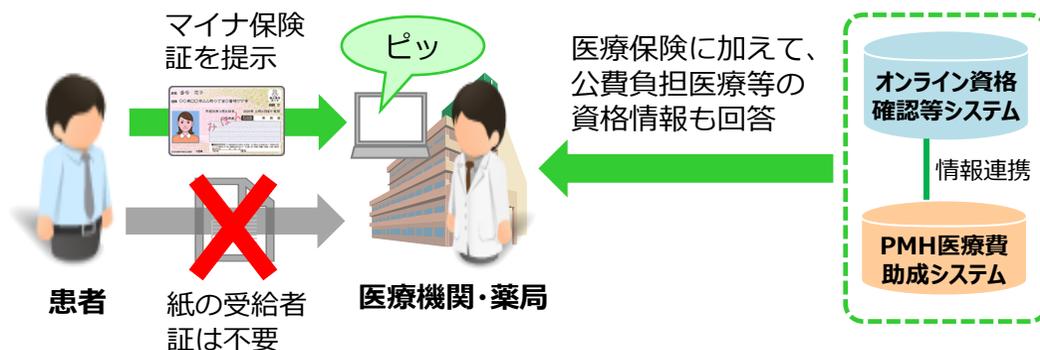
- 現行の理事会（4者構成16人）に代えて、「**運営会議**」を設置。法人の意志決定を行い、業務の執行を監督する。
- 審査支払に関する予算・決算や事業計画等は、新たに設ける「**審査支払運営委員会**」において決定する。
- 医療DX業務を担当する常勤理事（CIO）を新たに設ける。
- 医療DX業務は、運営会議における方針決定を受けて、理事長・CIO等が中心となって柔軟かつ迅速に執行していく体制とする。

④ セキュリティ対策の強化

- 医療情報の安全管理のための必要な措置を講じる義務を設ける。
- 重大なサイバーセキュリティインシデントや情報漏洩等が発生した場合に、**厚生労働大臣への報告義務**を設ける。

公費負担医療等の効率化の推進

- 公費負担医療・地方単独医療費助成の効率化については、デジタル庁においてシステムが設計・開発・運用され、**令和5・6年度に183自治体（22都道府県、161市町村）が先行実施事業**に参加。
- メリットを全国規模で広げていくため、「医療DXの推進に関する工程表（令和5年6月2日医療DX推進本部決定）」等に基づき、**順次、参加自治体を拡大し、令和8年度中に全国規模での導入を目指す**。
- その上で、安定的な実施体制の整備のため、**法的整備等を通じて、支払基金又は国保連において、システムの管理・運用等の業務を実施する体制を整備**（令和9年度より）



- 患者：紙の受給者証を持参・提示する手間を軽減できる。
- 医療機関・薬局、自治体：正確な資格確認による資格過誤請求の減少を通じて、医療費の請求・支払に係る事務負担を軽減できる。

【改正案による法的整備の内容】

- 公費負担医療*のオンライン資格確認に係る業務を自治体等から支払基金又は国保連に委託
- 支払基金又は国保連において、システムの管理・運用等の業務を全国規模で実施

* 障害者総合支援法に基づく精神通院医療・更生医療、難病法に基づく特定医療費、児童福祉法に基づく小児慢性特定疾病医療費など

第3期全国医療費適正化計画
の実績に関する評価
(実績評価)

令和7年3月
厚生労働省

目次

第一 実績に関する評価の位置付け	1
一 医療費適正化計画の趣旨	1
二 実績に関する評価の目的	1
第二 医療費の動向等	2
一 全国の医療費について	2
二 都道府県別の医療費について	4
三 生活習慣病の有病者及び予備群の状況	6
第三 目標・施策の達成状況等	8
一 国民の健康の保持の推進に関する目標の達成状況	8
1 特定健康診査、特定保健指導並びにメタボリックシンドローム該当者及び予備群	8
2 たばこ対策	15
3 予防接種	15
4 生活習慣病等の重症化予防の推進	16
5 その他予防・健康づくりの取組	16
二 国民の健康の保持の推進に関する施策の取組状況	17
1 特定健康診査等の実施率向上等に向けた取組	17
2 たばこ対策に関する取組	22
3 予防接種の推進に関する取組	23
4 生活習慣病等の重症化予防の推進に関する取組	24
5 その他予防・健康づくりの推進に関する取組	25
三 医療の効率的な提供の推進に関する目標の達成状況	27
1 後発医薬品の使用促進	27
2 医薬品の適正な使用推進に向けた取組	29
四 医療の効率的な提供の推進に関する施策の取組状況	29
1 後発医薬品の使用促進に向けた取組	29
2 医薬品の適正使用の推進に向けた取組	30
第四 第3期全国医療費適正化計画に掲げる施策による効果	32
第五 医療費推計と実績の比較・分析	33
一 第3期全国医療費適正化計画における医療費推計と実績の差異について	33
二 医療費の伸びの要因分解	33
第六 今後の課題及び展望	36
一 国民の健康の保持の推進	36
二 医療の効率的な提供の推進	36
三 今後の展望	36

第一 実績に関する評価の位置付け

一 医療費適正化計画の趣旨

我が国は、国民皆保険の下、誰もが安心して医療を受けることができる医療制度を実現し、世界最長の平均寿命や高い保健医療水準を達成してきた。しかしながら、急速な少子高齢化、経済の低成長、国民生活や意識の変化等医療を取り巻く様々な環境の変化により、国民皆保険を堅持し続けていくためには、国民の生活の質の維持及び向上を確保しつつ、今後医療費が過度に増大しないようにしていくとともに、良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制の確保を図っていく必要がある。

このための仕組みとして、高齢者の医療の確保に関する法律（昭和 57 年法律第 80 号。以下「法」という。）第 8 条第 1 項の規定により、厚生労働大臣は、国民の高齢期における適切な医療の確保を図る観点から、医療費適正化を総合的かつ計画的に推進するため、医療費適正化に関する施策についての基本的な方針（以下「医療費適正化基本方針」という。）を定めるとともに、6 年ごとに、6 年を 1 期として医療費適正化を推進するための計画（以下「全国医療費適正化計画」という。）を定め、法第 9 条第 1 項の規定により、都道府県は、医療費適正化基本方針に即して、6 年ごとに、6 年を 1 期として、都道府県における医療費適正化を推進するための計画（以下「都道府県医療費適正化計画」という。）を定めることとされている。

このため、平成 30 年度から令和 5 年度までを計画期間として、厚生労働大臣は第 3 期全国医療費適正化計画を、都道府県は第 3 期都道府県医療費適正化計画を策定し、医療費適正化に関する取組を推進してきた。

なお、現在、令和 6 年度から令和 12 年度までを計画期間として、厚生労働大臣は第 4 期全国医療費適正化計画を、各都道府県は第 4 期医療費適正化計画を策定し、これらの計画に基づき、医療費適正化に関する取組を推進している。

二 実績に関する評価の目的

医療費適正化計画は定期的にその達成状況を点検し、その結果に基づき必要な対策を実施するいわゆる P D C A サイクルに基づく管理を行うこととしている。このための仕組みとして、法第 12 条第 1 項の規定により、都道府県医療費適正化計画については、計画期間の終了の翌年度において、目標の達成状況及び施策の実施状況の調査及び分析を行い、保険者協議会の意見を聴いて、当該計画の実績に関する評価（以下「実績評価」という。）を行うものとされており、第 3 期の計画期間が令和 5 年度で終了したことから、各都道府県において、平成 30 年度から令和 5 年度までの第 3 期都道府県医療費適正化計画の実績評価を行った。

また、厚生労働大臣は、同条第 3 項の規定により、全国医療費適正化計画の実績評価を行うとともに、各都道府県からの報告を踏まえ、各都道府県における都道府県医療費適正化計画の実績評価を行うものとされている。これを踏まえ、今回、第 3 期全国医療費適正化計画及び都道府県医療費適正化計画の実績評価を行うものである。

第二 医療費の動向等

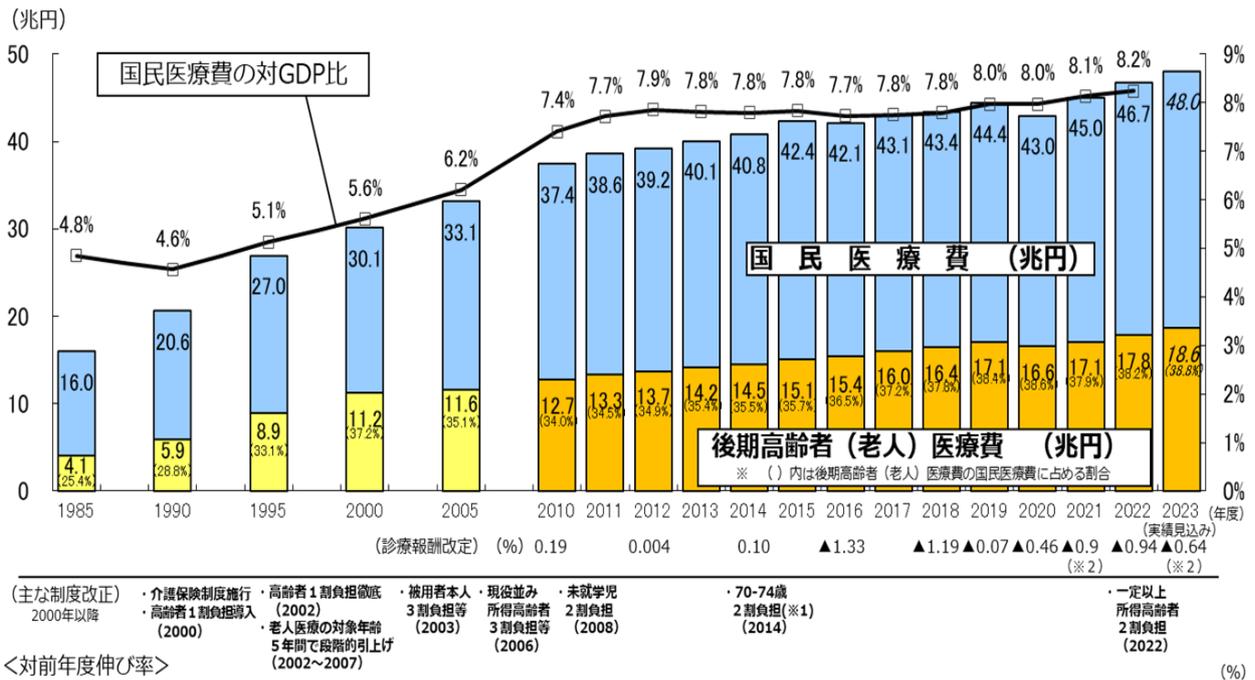
一 全国の医療費について

令和4年度の国民医療費（実績）は46.7兆円、令和5年度の国民医療費（実績見込み）は48.0兆円となっており、令和5年度の国民医療費（実績見込み）は前年度に比べ、2.9%の増加となっている。

また、過去10年の推移を振り返ると、国民医療費の伸び率は、新型コロナウイルス感染症による受診控えなどの影響が生じた令和2年度を除き、年度ごとにばらつきはあるものの、毎年度2～3%程度ずつ伸びる傾向にある。また、国内総生産に対する国民医療費の比率は、平成21年度以降、7%を超えて推移している。

後期高齢者の医療費についてみると、平成12年度の介護保険制度の導入に伴い、後期高齢者の医療費の一部が医療保険制度の対象範囲から除外されるようになったこと、平成14年10月から高齢者の医療費の対象年齢が段階的に引き上げられていること等により、平成11年度から平成17年度まではほぼ横ばいとなっているものの、後期高齢者医療制度が開始された平成20年度以降、令和2年度を除き伸び続けており、令和4年度（実績）において17.8兆円、令和5年度（実績見込み）において18.6兆円と、全体の約39%を占めている。（図1）

図1 国民医療費の動向



	1985	1990	1995	2000	2005	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
	(S60)	(H2)	(H7)	(H12)	(H17)	(H22)	(H23)	(H24)	(H25)	(H26)	(H27)	(H28)	(H29)	(H30)	(R1)	(R2)	(R3)	(R4)	(R5)
国民医療費	6.1	4.5	4.5	▲1.8	3.2	3.9	3.1	1.6	2.2	1.9	3.8	▲0.5	2.2	0.8	2.3	▲3.2	4.8	3.7	2.9
後期高齢者 (老人) 医療費	12.7	6.6	9.3	▲5.1	0.6	5.9	4.5	3.0	3.6	2.1	4.4	1.6	4.2	2.5	3.8	▲2.9	3.1	4.5	4.5
GDP	7.2	8.6	2.6	1.4	0.8	1.5	▲1.0	▲0.1	2.7	2.1	3.3	0.8	2.0	0.2	▲3.2	2.7	2.3	-	-

注1 GDPは内閣府発表の国民経済計算による。

注2 後期高齢者 (老人) 医療費は、後期高齢者医療制度の施行前である2008年3月までは老人医療費であり、施行以降である2008年4月以降は後期高齢者医療費。

注3 2023年度の国民医療費 (及び2023年度の後期高齢者医療費、以下同じ。) は実績見込みである。2023年度分は、2022年度の国民医療費に2023年度の概算医療費の伸び率 (上表の斜字体) を乗じることによって推計している。

(※1) 70～74歳の者の一部負担割合の予算凍結措置解除 (1割→2割)。2014年4月以降新たに70歳に達した者から2割とし、同年3月までに70歳に達した者は1割に据え置く。

(※2) 令和3年度と令和5年度については当該年度の医療費を用いて、薬価改定の影響を医療費に対する率へ換算したもの。

平成 30 年度から令和 4 年度までの 1 人当たりの国民医療費の推移を年齢階級別に見ると、増加傾向にあり、令和 4 年度は 37.4 万円となっている。

令和 4 年度の 1 人当たり国民医療費を見ると、75 歳以上では年間 94.1 万円、65 歳以上では年間 77.6 万円であるのに対し、65 歳未満では年間 21.0 万円となっており、約 4 倍の開きがある。(表 1)

表 1 1 人あたり国民医療費 (年齢階級別、平成 30 年度～令和 4 年度、単位：万円)

	全体	～64 歳	65 歳～	75 歳～ (再掲)
平成 30 年度	34.3	18.8	73.9	91.9
令和元年度	35.2	19.2	75.4	93.1
令和 2 年度	34.1	18.4	73.4	90.2
令和 3 年度	35.9	19.9	75.4	92.3
令和 4 年度	37.4	21.0	77.6	94.1

出典：国民医療費

また、国民医療費の年齢階級別構成割合を見ると、65 歳以上で 60.2%、75 歳以上で 39.0%となっている。(表 2)

表 2 国民医療費の年齢別割合 (平成 30 年度～令和 4 年度、単位：%)

	～64 歳	65 歳～	75 歳～
平成 30 年度	39.4	60.6	38.1
令和元年度	39.0	61.0	38.8
令和 2 年度	38.5	61.5	39.0
令和 3 年度	39.4	60.6	38.3
令和 4 年度	39.8	60.2	39.0

出典：国民医療費

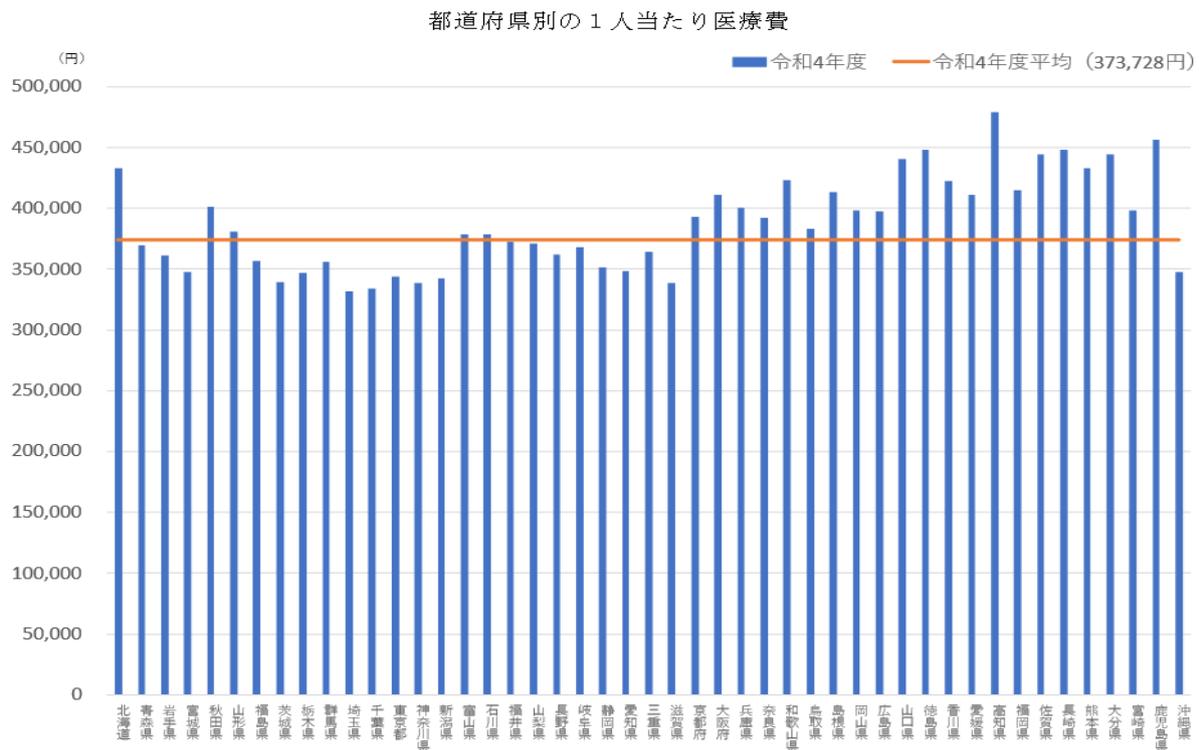
二 都道府県別の医療費について

令和4年度（実績）の国民医療費のうち、都道府県別の1人当たり医療費（年齢調整前）については、図2のとおりとなっており、都道府県別の1人当たり医療費（年齢調整後）については、図3のとおりとなっている。

都道府県別の1人当たり医療費（年齢調整前）を見ると、都道府県ごとに医療費の差があり、特に西日本において医療費が高い傾向にある。

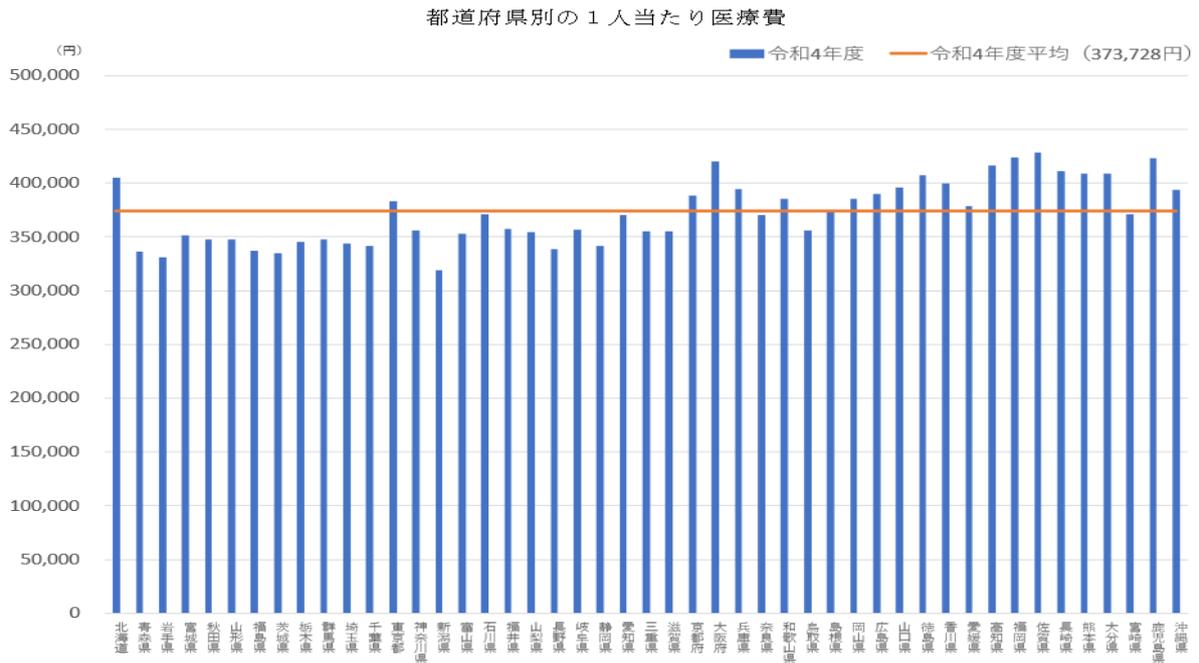
都道府県別の1人当たり医療費（年齢調整後）を見ると、最も高い佐賀県で428,657円、最も低い新潟県で318,533円と1.3倍以上の開きがあり、大きな地域差がある。

図2 都道府県別の1人当たり医療費（年齢調整前、令和4年度）



出典：医療費の地域差の分析

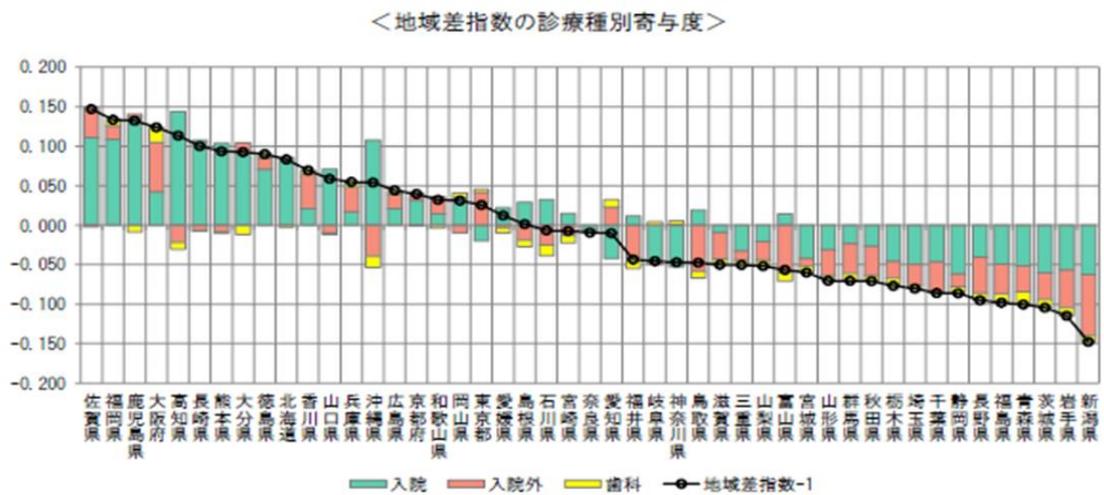
図3 都道府県別の1人当たり医療費（年齢調整後、令和4年度）



出典：医療費の地域差分析

また、都道府県ごとの地域差について診療種別の寄与度に分解したものが図4であり、医療費の地域差については、入院医療費が大きく寄与していることが見て取れる。

図4 地域差指数の診療種別寄与度（年齢調整後、令和4年度）



注) 各都道府県の地域差指数の全国平均からのかい離（地域差指数-1）を診療種別の寄与度に分解したもの

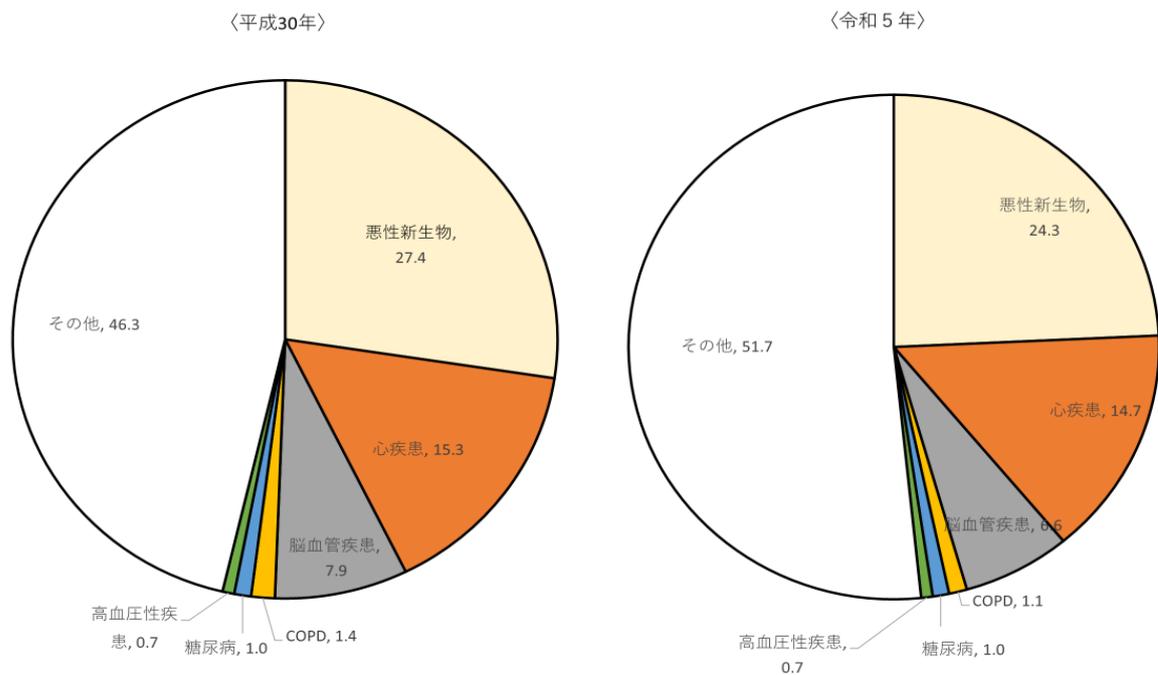
出典：医療費の地域差分析

三 生活習慣病の有病者及び予備群の状況

高齢化の急速な進展に伴い、疾病全体に占めるがん（悪性新生物）、心疾患、脳血管疾患、糖尿病等の生活習慣病の割合が高い状況が続いている。

令和5年の死因別死亡割合のうち、「悪性新生物」24.3%、「心疾患」14.7%、「脳血管疾患」6.6%、「COPD（慢性閉塞性肺疾患）」1.1%、「糖尿病」1.0%、「高血圧性疾患」0.7%となっており、生活習慣病が死因全体の約5割を占めている。（図5）

図5 生活習慣病に係る死因別死亡割合（平成30年・令和5年）



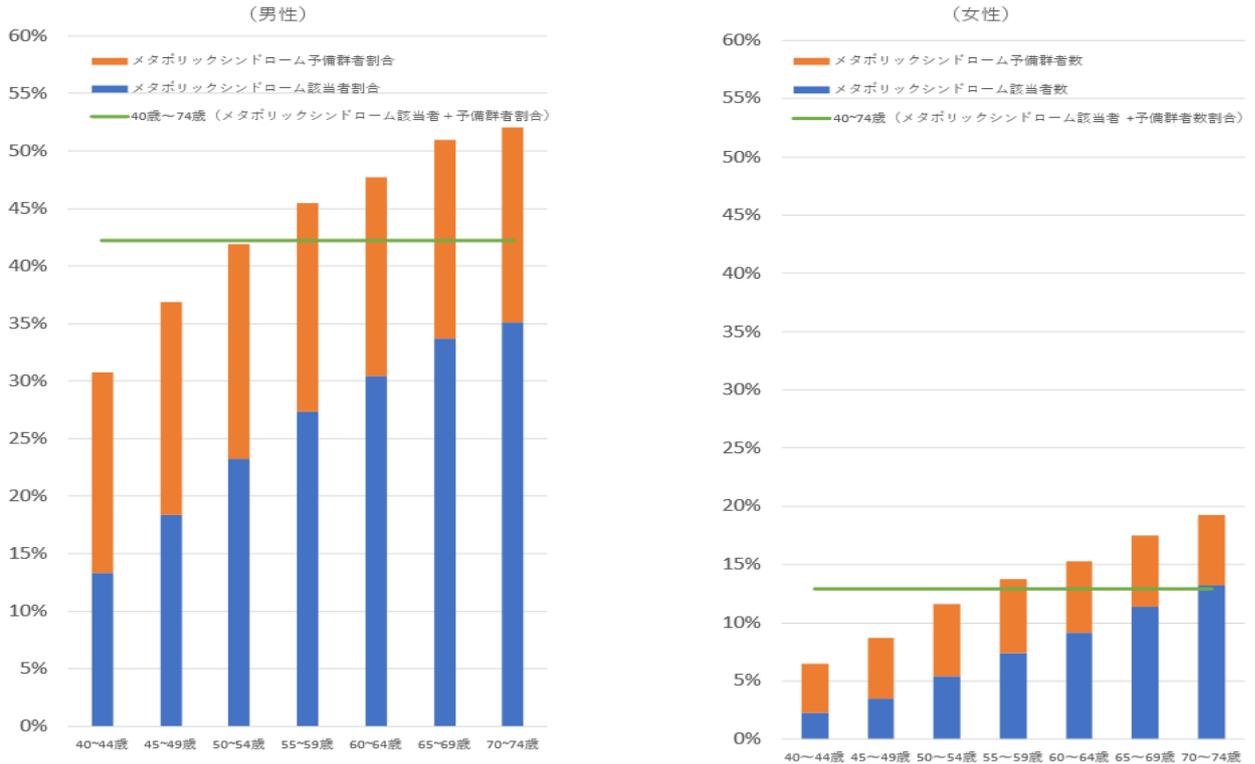
出典：人口動態統計

生活習慣病発症のリスクが高くなるとされるメタボリックシンドロームについては、令和4年度において、特定健康診査の受診者に占める該当者の割合は16.7%、予備群の割合は12.4%となっている。

これらの割合は男性の方が女性より多くなっており、男性では約5人に2人、女性では約10人に1人の割合で、メタボリックシンドローム該当者又は予備群となっている。また、年齢が上昇するほど、割合が高くなる傾向にある。（図6）

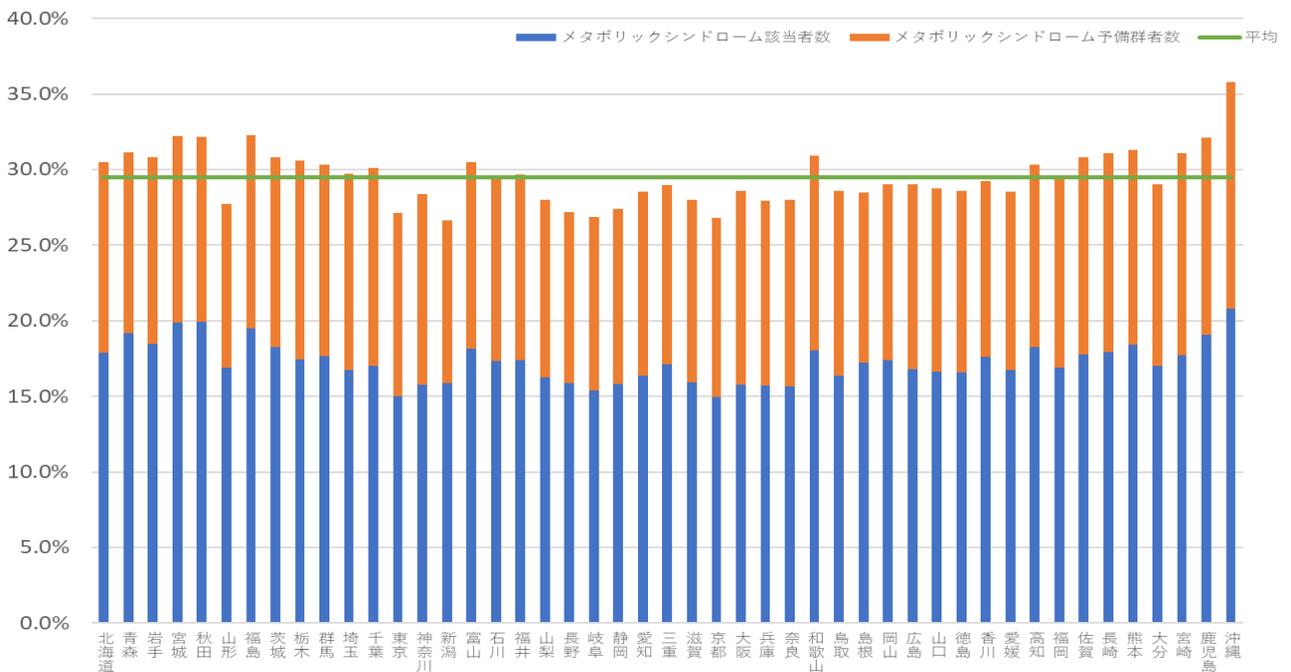
都道府県別に見ても、沖縄県におけるメタボリックシンドローム該当者又は予備群の割合が突出しているなど、地域差が見られる。（図7）

図6 メタボリックシンドローム該当者・予備群の割合（令和4年度）



出典：レセプト情報・特定健診等情報データ

図7 メタボリックシンドローム該当者・予備群の割合（都道府県別、令和4年度）



出典：レセプト情報・特定健診等情報データ

第三 目標・施策の達成状況等

一 国民の健康の保持の推進に関する目標の達成状況

1 特定健康診査、特定保健指導並びにメタボリックシンドローム該当者及び予備群

(1) 特定健康診査

第3期全国医療費適正化計画においては、特定健康診査について、令和5年度までに、対象者である40歳から74歳までの70%以上が特定健康診査を受診することを目標として定めた。

特定健康診査の実施状況については、令和4年度実績で、対象者約5,388万人に対し受診者は約3,016万人であり、実施率は58.1%となっている。目標とは依然開きがあり、目標は達成していないが、第3期計画期間において実施率は3.4ポイント上昇している。(表3)

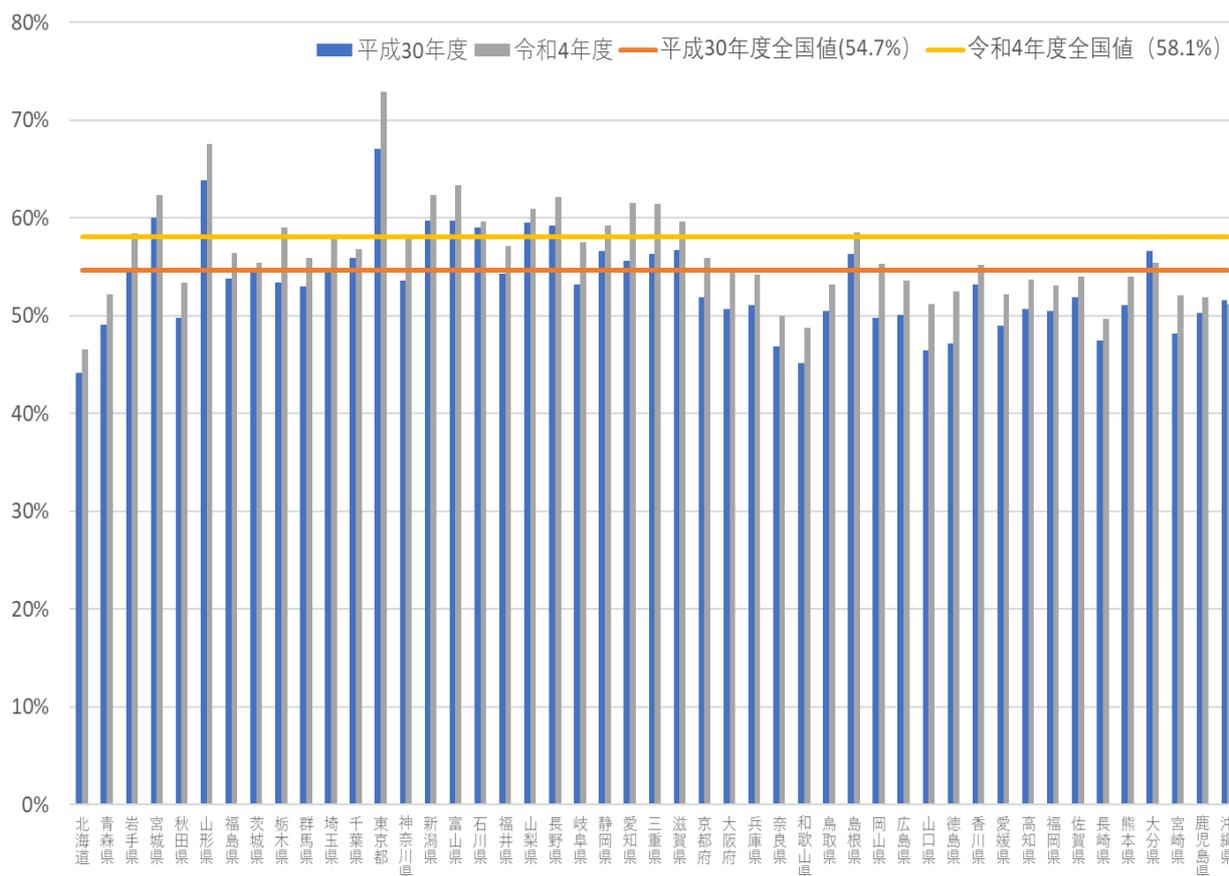
都道府県別に見ると、令和4年度実績で、東京都では実施率が70%を超えている一方、北海道・和歌山県・長崎県では50%を下回っており、都道府県ごとに差が見られる。また、平成30年度と令和4年度の実施率を比べると、都道府県ごとに差が見られるものの、概ね全ての都道府県で実施率は上昇している。(図8)

表3 特定健康診査の実施状況(平成30年度～令和4年度)

	対象者数 (人)	受診者数 (人)	実施率 (%)
平成30年度	53,723,213	29,396,195	54.7
令和元年度	53,798,756	29,935,810	55.6
令和2年度	54,183,746	28,939,947	53.4
令和3年度	53,801,976	30,389,789	56.5
令和4年度	51,924,629	30,166,939	58.1

出典：レセプト情報・特定健診等情報データ

図8 特定健康診査の実施率（都道府県別、平成30年度～令和4年度）



出典：レセプト情報・特定健診等情報データ

保険者の種類別では、健保組合と共済組合が相対的に高くなっており、市町村国保、国保組合、協会けんぽ及び船員保険が相対的に低いという二極構造となっている。また、令和2年度は新型コロナウイルス感染症による受診控えなどの影響により、全保険者において実施率が下がっている。（表4）

また、被用者保険の各保険者の実施率を被保険者・被扶養者別に見ると、いずれの保険者においても、被扶養者に対する実施率が被保険者に対する実施率を下回っており、両者には大きな開きが見られる。（表5）

表4 特定健康診査の実施状況（保険者の種類別、平成30年度～令和4年度）

(%)	市町村国保	国保組合	協会けんぽ	船員保険	健保組合	共済組合
平成30年度	37.9	49.4	52.2	49.9	78.2	79.2
令和元年度	38.0	49.8	53.7	52.9	79.0	79.5
令和2年度	33.7	45.7	52.3	51.3	77.9	79.2
令和3年度	36.4	49.0	55.9	52.0	80.5	80.8
令和4年度	37.5	51.0	57.1	52.2	82.0	81.4

出典：レセプト情報・特定健診等情報データ

表5 被用者保険の種別ごとの特定健康診査の実施率
(被保険者・被扶養者別、令和4年度、単位：%)

保険者の種類別	全体	被保険者	被扶養者
協会けんぽ	57.1	64.6	26.9
健保組合	82.0	93.4	49.5
共済組合	81.4	92.5	43.9

出典：レセプト情報・特定健診等情報データ

年齢階級別の実施率を見ると、40～59歳で60%台と相対的に高くなっており、65～74歳で40%台と相対的に低くなっている。

また、性別ごとの実施率を見ると、70～74歳以外の年代では男性の方が女性よりも実施率が高くなっている。(表6)

表6 特定健康診査の実施状況(性・年齢階級別、令和4年度)

年齢(歳)	40～74	5歳階級別						
		40～44	45～49	50～54	55～59	60～64	65～69	70～74
全体(%)	58.1	63.3	64.1	63.8	63.0	57.7	48.4	44.8
男性(%)	63.1	69.6	70.0	69.5	69.1	63.6	50.9	44.8
女性(%)	53.0	56.4	57.6	57.6	56.7	51.8	46.2	44.9

出典：レセプト情報・特定健診等情報データ

第4期全国医療費適正化計画においては、特定健康診査の実施率について、令和11年度までに70%以上とすることを目標として定めた。

(2) 特定保健指導

第3期全国医療費適正化計画においては、特定保健指導について、令和5年度までに、特定保健指導が必要と判定された対象者の45%以上が特定保健指導を終了することを目標として定めた。

特定保健指導の実施状況については、令和4年度実績で、対象者約511万人に対し終了者は約135万人であり、実施率は26.5%となっている。目標とは依然開きがあり、目標は達成していないが、第3期計画期間において実施率は、令和2年度は新型コロナウイルス感染症による受診控えなどの影響が考えられるものの、3.3ポイント上昇している。(表7)

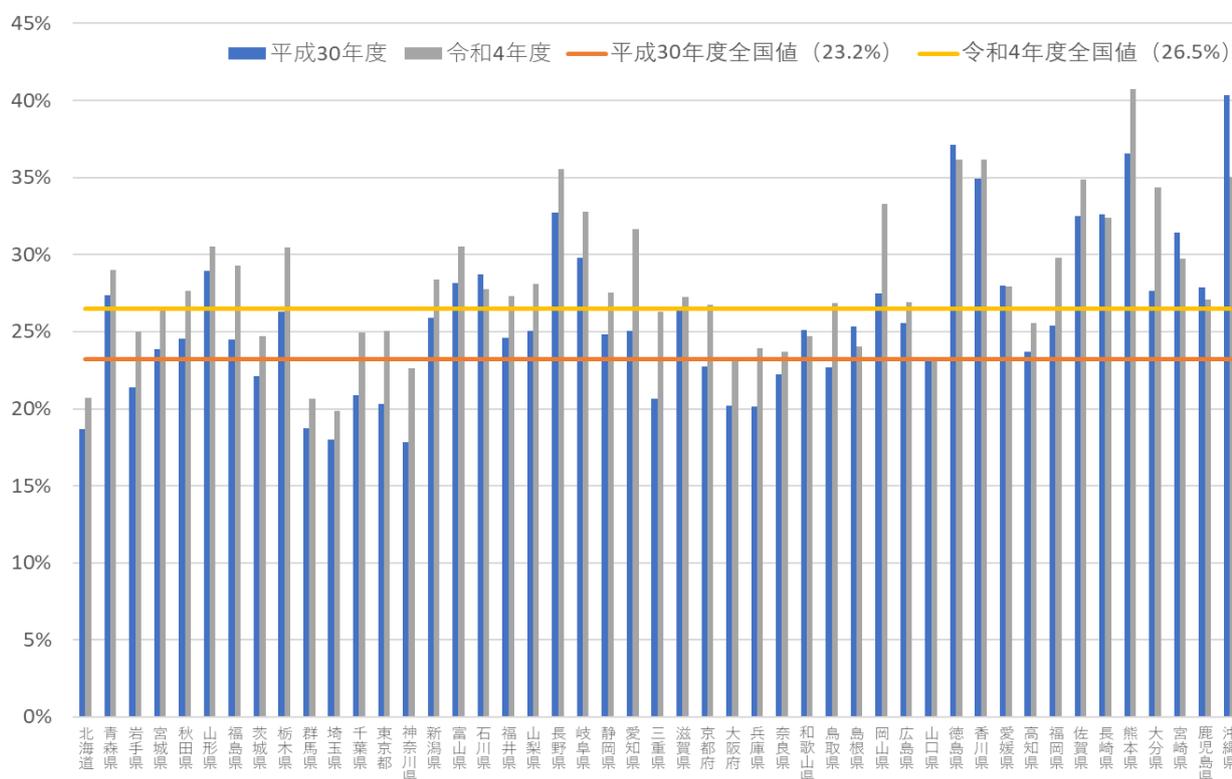
都道府県別に見ると、令和4年度実績で、長野県・徳島県・香川県・熊本県・沖縄県では実施率が35%を超えている一方、北海道・群馬県・埼玉県では実施率が20%前後であり、都道府県ごとに差が見られる。また、平成30年度と令和4年度の実施率を比べると、都道府県ごとに差が見られるものの、ほぼ全ての都道府県で実施率は上昇している。(図9)

表7 特定保健指導の実施状況（平成30年度～令和4年度）

	対象者数 (人)	終了者数 (人)	実施率 (%)
平成30年度	5,094,255	1,183,786	23.2
令和元年度	5,200,519	1,205,961	23.2
令和2年度	5,225,668	1,200,740	23.0
令和3年度	5,262,265	1,294,289	24.6
令和4年度	5,118,152	1,353,893	26.5

出典：レセプト情報・特定健診等情報データ

図9 特定保健指導の実施率（都道府県別、平成30年度・令和4年度）



出典：レセプト情報・特定健診等情報データ

保険者の種類別では、市町村国保、健保組合及び共済組合が相対的に高くなっている。(表8) また、被用者保険の各保険者の実施率を被保険者・被扶養者別に見ると、いずれの保険者においても、被保険者に対する実施率が被扶養者に対する実施率を上回っており、両者には大きな開きが見られる。(表9)

表 8 特定保健指導の実施状況（保険者の種類別、平成 30 年度～令和 4 年度）

(%)	市町村国保	国保組合	協会けんぽ	船員保険	健保組合	共済組合
平成 30 年度	28.8	10.1	16.8	8.4	25.9	30.8
令和元年度	29.3	10.1	15.6	10.3	27.4	30.7
令和 2 年度	27.9	11.6	16.0	11.7	27.0	30.8
令和 3 年度	27.9	13.2	16.5	13.4	31.1	31.4
令和 4 年度	28.8	13.5	17.5	14.3	34.0	34.5

出典：レセプト情報・特定健診等情報データ

表 9 被用者保険の種類ごとの特定保健指導の実施率
（被保険者・被扶養者別、令和 4 年度、単位：%）

保険者の種類別	全体	被保険者	被扶養者
協会けんぽ	17.5	17.8	11.4
健保組合	34.0	35.3	17.4
共済組合	34.5	35.9	13.2

出典：レセプト情報・特定健診等情報データ

年齢階級別の実施率を見ると、男女いずれも 45 歳以上で 25%を超えている。
また、性別ごとの実施率を見ると、40～64 歳では男性の方が女性よりも、65～74 歳では女性の方が男性よりも実施率が高くなっている。（表 10）

表 10 特定保健指導の実施状況（性・年齢階級別、令和 4 年度）

年齢 (歳)	40～74	5 歳階級別						
		40～44	45～49	50～54	55～59	60～64	65～69	70～74
全体 (%)	26.5	23.7	25.9	27.0	28.1	25.8	27.1	30.3
男性 (%)	26.8	24.3	26.5	27.5	28.9	26.3	26.4	29.4
女性 (%)	25.3	21.3	23.7	25.3	25.7	24.6	28.9	32.1

出典：レセプト情報・特定健診等情報データ

第 4 期全国医療費適正化計画においては、特定保健指導の実施率について、令和 11 年度までに 45%以上とすることを目標として定めた。

(3) メタボリックシンドローム該当者及び予備群

第3期全国医療費適正化計画においては、メタボリックシンドローム該当者及び予備群の減少率について、令和5年度までに、平成20年度と比べて25%以上減少することを目標として定めた。

メタボリックシンドローム該当者及び予備群については、令和4年度実績で、平成20年度と比べて16.1%減少となっている。目標とは依然開きがあり、達成できていない。(表11)

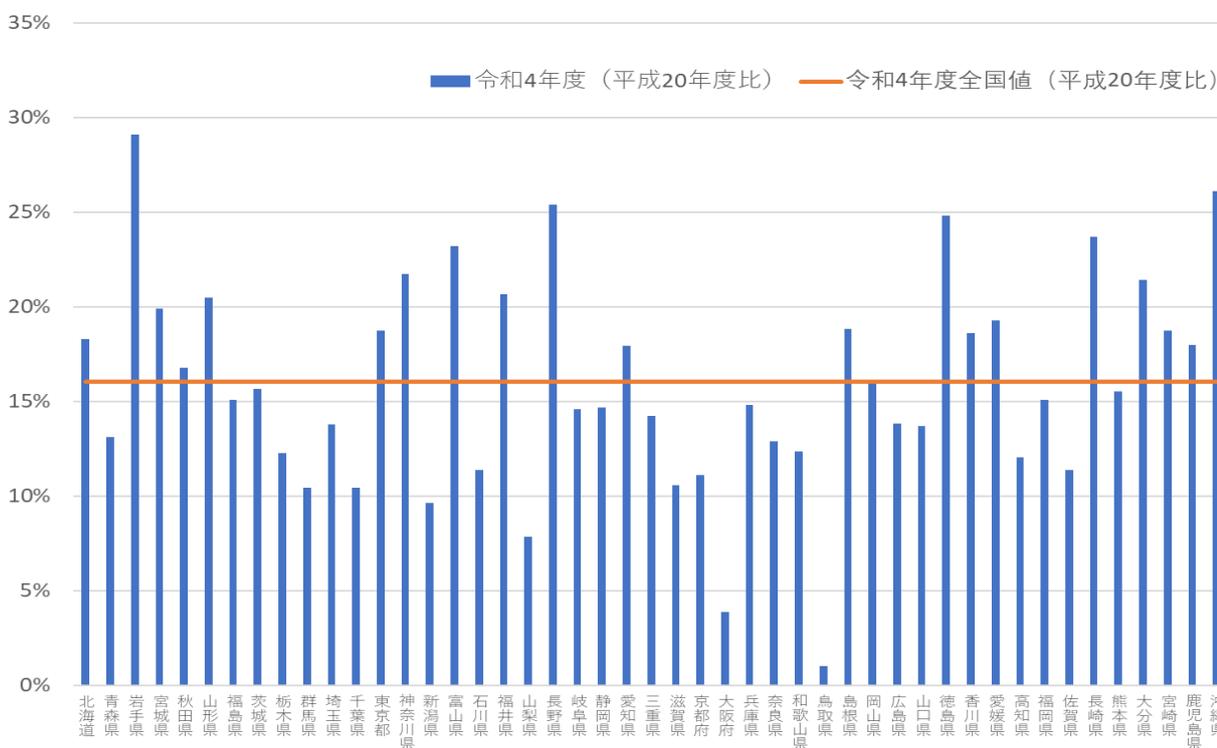
都道府県別に見ると、令和4年度実績で、岩手県・長野県・沖縄県では減少率が25%を超えている一方、大阪府・鳥取県では減少率が▲5%を下回っており、都道府県ごとに差が見られる。(図10)

表11 メタボリックシンドローム該当者及び予備群の減少率
(平成20年度比、平成30年度～令和4年度)

	メタボリックシンドローム該当者 及び予備群の減少率 (%)
平成30年度	▲13.7
令和元年度	▲13.5
令和2年度	▲10.9
令和3年度	▲13.8
令和4年度	▲16.1

出典：レセプト情報・特定健診等情報データ

図10 メタボリックシンドローム該当者及び予備群の減少率
(平成20年度比、都道府県別、令和4年度)



出典：レセプト情報・特定健診等情報データ

第4期全国医療費適正化計画においては、メタボリックシンドローム該当者及び予備群の減少率について、令和11年度までに、平成20年度と比べて25%以上減少することを目標として定めた。

なお、特定保健指導の対象者に絞る観点から、メタボリックシンドローム該当者及び予備群のうち生活習慣病に係る服薬治療者を除外するため、薬剤服用者の増減にも留意する必要がある。

薬剤を服用している者の割合を保険者の種類別にみると、市町村国保の薬剤服用者の割合が高く、特定保健指導の対象から除外される者が比較的多いといえる。(表12)

表12 薬剤を服用している者の割合(保険者種別、令和4年度、単位：%)

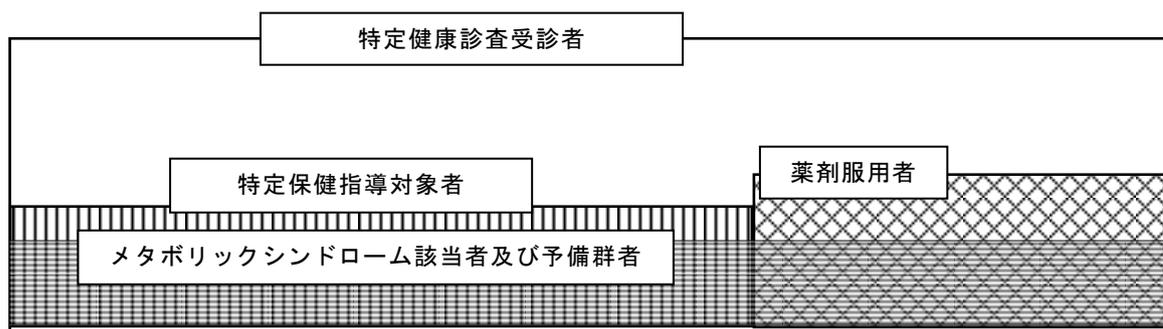
	市町村国保	国保組合	協会けんぽ	船員保険	健保組合	共済組合
薬剤服用者	71.4	50.9	48.6	40.7	48.4	48.8

出典：レセプト情報・特定健診等情報データ

(※)メタボリックシンドローム該当者及び予備群のうち、高血圧症・糖尿病・脂質異常症の治療に係る薬剤を、1種類以上服薬している者の割合

【参考】

○メタボリックシンドローム該当者と特定保健指導対象者の関係(イメージ図)



○メタボリックシンドローム該当者及び予備群者数の減少率の推計方法

$$\text{計算式} = \frac{\text{平成20年度メタボリックシンドローム該当者及び予備群推定数}^{\ast} - \text{令和4年度メタボリックシンドローム該当者及び予備群推定数}}{\text{平成20年度メタボリックシンドローム該当者及び予備群推定数}}$$

(※) 特定健康診査の実施率の変化による影響及び年齢構成の変化による影響を排除するため、性別・年齢階層別(5歳階級)に各年度のメタボリックシンドローム該当者及び予備群者の出現割合を算出し、令和5年住民基本台帳人口に乗じて算出した推定数。

2 たばこ対策

第3期全国医療費適正化計画においては、がん、循環器疾患等の生活習慣病の発症予防のためには、予防可能な最大の危険因子の一つである喫煙及び受動喫煙による健康被害を回避することが重要であるとし、こうした喫煙による健康被害を予防するため、たばこの健康影響や禁煙についての普及啓発に取り組むことを目標として定め、定量的な数値目標は設定しなかった。

その上で、たばこに関する定量的な数値について見ると、国民健康・栄養調査の結果における「現在習慣的に喫煙している者の割合」の推移は以下に示すとおりである（表13）。令和5年の調査によれば、年齢階級別にみて、40～50歳代男性でその割合が高く、3割を超えている。（表14）

第4期全国医療費適正化計画においても、引き続き、たばこの健康影響や禁煙についての普及啓発に取り組むことを目標として定めた。

表13 現在習慣的に喫煙している者の割合（20歳以上、平成30年～令和5年、単位：％）

		平成30年	令和元年	令和2年	令和3年	令和4年	令和5年
現在習慣的に喫煙している者の割合	総数	17.8	16.7	-	-	14.8	15.7
	男性	29.0	27.1	-	-	24.8	25.6
	女性	8.1	7.6	-	-	6.2	6.9

出典：令和5年「国民健康・栄養調査」の概要

(※)「現在習慣的に喫煙している者」とは、たばこを「毎日吸っている」又は「時々吸う日がある」と回答した者。なお、平成24年は、これまでたばこを習慣的に吸っていたことがある者のうち、「この1ヶ月間に毎日又はときどきたばこを吸っている」と回答した者。

(※) 令和2年及び3年は調査中止

表14 現在習慣的に喫煙している者の割合（20歳以上、性・年齢階級別、令和5年）

年齢（歳）	総数	年齢階級別					
		20～29	30～39	40～49	50～59	60～69	70～
男性（％）	25.6	20.6	29.9	33.4	31.5	28.5	16.2
女性（％）	6.9	5.2	8.7	10.1	11.7	7.1	2.3

出典：令和5年「国民健康・栄養調査」の概要

3 予防接種

第3期全国医療費適正化計画においては、疾病予防という公衆衛生の観点及び国民の健康の保持の観点から、予防接種の適正な実施が重要であることから、予防接種の対象者が適切に接種を受けられるようにするために、関係団体との連携や普及啓発等の取組を行うことを目標として定め、定量的な数値目標は設定しなかった。

第4期全国医療費適正化計画においても、関係団体との連携や普及啓発等の取組を行うことを目標として定めた。

4 生活習慣病等の重症化予防の推進

第3期全国医療費適正化計画においては、生活習慣病等の症状の進展及び合併症の発症等の重症化予防のために、日本健康会議の動きとも連動して、都道府県や保険者等の取組を推進し、先進的な取組を横展開することを目標設定として定め、定量的な数値目標は設定しなかった。

その上で、平成30年度から令和4年度にかけては、日本健康会議を計5回、地方版日本健康会議を計10回実施し、都道府県や保険者等の取り組みを推進し、先進的な取組の横展開を行った。

第4期全国医療費適正化計画においても、引き続き、日本健康会議の動きとも連動して、都道府県や保険者等の取組を推進し、先進的な取組を横展開することを目標として定めた。

5 その他予防・健康づくりの取組

第3期全国医療費適正化計画においては、健康寿命の延伸の観点から、保険者等に対してインセンティブを付与すること等により、保険者等の予防・健康づくりの取組を推進することを目標設定として定め、定量的な数値目標は設定しなかった。

その上で、平成30年度から令和4年度にかけては、保険者等の共通指標として、特定健康診査・特定保健指導の実施、糖尿病等の重症化予防、ヘルスケアポイントなどによる個人へのインセンティブの付与等といった指標を設定し、保険者等の予防・健康づくりの取組を推進した。

第4期全国医療費適正化計画においても、引き続き、同計画に掲げた取組以外の取組についても、健康寿命の延伸の観点から、保険者等に対してインセンティブを付与すること等により、保険者等の予防・健康づくりの取組を推進することを目標として定めた。

二 国民の健康の保持の推進に関する施策の取組状況

1 特定健康診査等の実施率向上等に向けた取組

(1) 特定健康診査等の実施率向上等に向けた取組

第3期全国医療費適正化計画においては、特定健康診査等の実施率向上等に向けた国の取組として、以下のような取組を記載した。

- ①保健事業の人材養成
- ②特定健康診査等の内容の見直し
- ③集合的な契約の活用の支援
- ④好事例の収集及び公表
- ⑤被用者保険の被扶養者の特定健康診査の実施率向上に向けた対策
- ⑥特定健康診査等の効果の検証及び医療費適正化効果の検証
- ⑦特定健康診査の情報等に係る保険者と関係者の連携の推進
- ⑧国庫補助
- ⑨保険者に対するインセンティブの付与
- ⑩保険者別の特定健康診査等の実施率の公表

(2) 特定健康診査等の実施率向上等に向けた取組に対する評価・分析

(1) で列挙した国の取組の実施状況については、表15のとおり。

表15 第3期全国医療費適正化計画における記載及び対応する取組（特定健康診査等）

項目	第3期全国医療費適正化計画における記載	国が行った取組
①保健事業の人材養成	<p>保険者による特定健康診査等実施計画（法第19条第1項に規定する特定健康診査等実施計画をいう。）の策定及び同計画に基づく着実な保健事業の展開を支援するため、各保険者における保健事業の企画立案、実施及び実施後評価を行うことができる人材の養成を支援する。</p> <p>特に、保健指導の実施者の質及び量的な確保が重要であり、保健指導の実施に携わる医師、保健師及び管理栄養士等に対する実践的な特定保健指導のプログラムの習得のための研修の実施を支援する。</p>	<p>「標準的な健診・保健指導プログラム（平成30年度版）」（平成30年2月 健康・生活衛生局）において、「健診・保健指導の研修ガイドライン」を提示した。</p> <p>また、国立保健医療科学院において、本ガイドラインに基づく研修を実施し、保健事業の企画立案等を担う人材の養成を行った。</p>
②特定健康診査等の内容の見直し	<p>平成30年度より、特定保健指導における積極的支援（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）第8条第1項に規定する積極的支援をいう。）対象者について、保健指導の実施量による評価に代え、保健指導による腹囲・体重の改善状況による評価を可能とするなど、特</p>	<p>「第4期特定健診・特定保健指導の見直しに関する検討会」等での議論を踏まえ、第4期特定健康診査等実施計画期間（令和6年度～令和11年度）より、特定保健指導について、</p> <ul style="list-style-type: none"> ・保健指導の介入に加えて、腹囲・体重の減少、行動変容を達成した場合のアウトカム評価を導入

	<p>定保健指導の運用を柔軟にしており、今後、当該運用の実践例の分析等を行う。</p> <p>さらに、特定健康診査等に関するデータや現場での優れた実践例の分析等を踏まえ、より効果的かつ効率的な特定健康診査等が実施できるよう、特定健康診査の項目、特定保健指導の基準等を必要に応じて見直す。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・保健指導の介入は、介入時間から介入回数の評価に ・ICT を活用した遠隔で行う保健指導の評価水準や時間設定等は対面と同等 <p>とする見直しを行った。</p>
③集合的な契約の活用の支援	<p>生活習慣病対策の実効性を高めるためには、多くの被保険者及び被扶養者が特定健康診査等を受けられるようにすることが必要である。</p> <p>そのためには、自宅や職場に近い場所で受診でき、被保険者及び被扶養者の立替払い等の負担を避けられる体制づくりが必要となるが、このような体制を全国の保険者が効率的に実現できるよう、複数の保険者による複数の健診・保健指導機関との集合的な契約の枠組みの活用を支援する。</p>	<p>複数の保険者による複数の健診・保健指導機関との集合的な契約の標準的な枠組みを国で提示し、必要に応じてQ & A等を発出した。</p>
④好事例の収集及び公表	<p>日本健康会議の動きとも連動して保険者又はその委託を受けた健診・保健指導機関における好事例（特定健康診査等の実施率を高めるための受診勧奨や結果通知等の取組例、生活習慣の改善率の高い特定保健指導の提供例等）を収集し、公表する。</p> <p>また、特に優れた取組を行っている保険者に対しては、表彰等を行う。</p>	<p>日本健康会議において、当会議の「健康づくりに取り組む5つの実行宣言2025」に掲げられた事項の達成状況の把握のために行っている保険者データヘルス全数調査において、好事例の収集・公表を行った。また、「健康寿命をのぼそう！アワード」においても、好事例に対する表彰等を行った。</p>
⑤被用者保険の被扶養者の特定健康診査の実施率向上に向けた対策	<p>被用者保険の被扶養者の特定健康診査の実施率向上には、被扶養者が特定健康診査を受診しやすい環境の整備等が必要であり、市町村（特別区を含む。以下同じ。）が実施するがん検診と特定健康診査を同時に実施する取組や、市町村への特定健康診査の実施の委託を推進する。また、被扶養者の特定健康診査の受診意欲を高めるための保険者による取組を推進する。</p>	<p>「特定健康診査・特定保健指導の円滑な実施に向けた手引き」において、がん検診等との同時実施について方法等を記載した。</p> <p>また、被用者保険の保険者における、被扶養者への受診意欲向上の取組については、「健康寿命をのぼそう！アワード」で好事例に対する表彰等を行った。</p>

⑥特定健康診査等の効果の検証及び医療費適正化効果の検証	診療報酬明細書及び特定健康診査等の実施状況に関する結果（以下「レセプト等」という。）の分析を行い、特定保健指導を実施することによる特定健康診査における検査値の改善効果及び医療費適正化の効果の検証を進める。	大規模実証事業（特定健診・保健指導）において、NDBデータを用いて特定保健指導が健診結果に与える影響を検証し、体重・HbA1cについて有意な減少が認められた。
⑦特定健康診査の情報等に係る保険者と関係者の連携の推進	労働安全衛生法（昭和47年法律第57号）に基づき事業者が実施する健康診断の結果の保険者への提供の促進を図る等、特定健康診査の情報等について、保険者と関係者の間の連携を推進する。	高確法では、労働者が労働安全衛生法その他の法令に基づき行われる特定健康診査に相当する健康診断を受診した場合は、特定健康診査の全部又は一部を行ったものとし、保険者から健康診断に関する記録の写しの提供を求められた事業者は、その記録の写しを提供しなければならないこととされている。そのため、「定期健康診断等及び特定健康診査等の実施に係る事業者と保険者の連携・協力事項について」（令和5年7月31日付け厚生労働省労働基準局長・保険局長連名通知）では、事業者から保険者に健康診断等の結果を提供することで、事業者と保険者とが連携して労働者の健康管理等に取り組むよう依頼した。
⑧国庫補助	保険者に対し、特定健康診査等の実施に要する費用の一部を助成する。	特定健康診査等の実施に要する費用の一部について、国庫で補助するため、毎年度予算を確保した。
⑨保険者に対するインセンティブの付与	保険者の特定健康診査等の実施率等に応じて、インセンティブを付与することにより、保険者による特定健康診査等の取組を推進する。	平成30年度以降、保険者等の共通指標として、特定健康診査・特定保健指導の実施、糖尿病等の重症化予防、ヘルスケアポイントなどによる個人へのインセンティブの付与等といった指標を設定し、保険者等の予防・健康づくりの取組を推進した。
⑩保険者別の特定健康診査等の実施率の公表	保険者機能の責任を明確にする観点から、平成29年度実績より、全保険者の特定健康診査等の実施率を公表する。	平成29年度から毎年度、全保険者の特定健康診査の実施率を公表した。

⑪広報活動の強化と先進的な事例の横展開	国は、特定健康診査等をはじめとする健康診査及び保健指導等の実施率向上等のため、国民一人一人の健康への意識付けに向けた広報活動を強化するとともに、都道府県や市町村における取組に対して適宜助言その他の支援を行うほか、先進的な事例等については広く他の地方自治体に横展開する等の取組を行う。	特定保健指導の質向上に向けた取組に関する好事例集をとりまとめ、周知した。
⑫スマート・ライフ・プロジェクトの推進	また、国としても、国民の健康寿命の延伸と健康格差の縮小を図り、健やかで心豊かに生活できる活力ある社会を実現するため、運動、食生活、禁煙及び健診・検診の受診をテーマにスマート・ライフ・プロジェクトを推進し、地方自治体や企業等と協力・連携しながら国民運動を進める。	健康増進・生活習慣病予防等に資する優れた取組を行っている企業・団体・自治体を表彰する「健康寿命をのぼそう！アワード」を通じ、他の模範となる取組を奨励・普及する等、スマート・ライフ・プロジェクトを推進した。
⑬保険者等によるレセプト等の利活用の促進	健康・医療情報を活用することにより、PDCAサイクルに沿った効果的かつ効率的な保健事業の実施を推進するため、データヘルス計画の策定等、保険者がレセプト等に基づき分析を行い、当該結果に基づき実施する保健指導を推進する。	「データヘルス計画作成の手引き」により、保険者によるデータヘルス計画の策定等の支援を行った。
⑭糖尿病性腎症患者の重症化予防の取組の展開	レセプト等により抽出した糖尿病性腎症患者であって、生活習慣を改善することにより重症化を予防することが期待される者に対し、保険者等が医療機関及び薬局や地域の医療関係者と連携して保健指導を実施することを推進する。	「糖尿病性腎症重症化予防プログラム」の策定・改定を実施し、保険者における糖尿病性腎症重症化予防の取組を推進した。
⑮重複受診者及び頻回受診者等に対する訪問指導等	レセプト等により抽出した重複受診者及び頻回受診者等に対して訪問指導等を実施することにより、適正受診の促進を図る取組を推進する。	保険者努力支援制度など保険者インセンティブにおいて、レセプト等により抽出した重複受診者及び頻回受診者等に対する訪問指導等の実施を評価した。
⑯特定保健指導の対象にならない者への対応	特定健康診査を受診した者のうち、服薬者であるため特定保健指導の対象とならないが高血圧である者等について、特定健康診査の結果に基づき健康の保持増進のために保健指導が必要と認められる者に対する保健指導を推進する。	「標準的な健診・保健指導プログラム」において、特定健康診査を受診した者のうち、服薬者であるため特定保健指導の対象とならないが高血圧である者等について、特定健康診査の結果に基づき健康の保持増進のために保健指導が必要と認められ

⑩保険者等の連携の促進	各都道府県の保険者協議会（法第157条の2第1項に規定する保険者協議会をいう。以下同じ。）における特定健康診査の実施等に関する保険者と関係者間の連絡調整及び医療に要する費用に関する情報についての調査・分析等に関する業務の実施の徹底を図るとともに、都道府県が医療費適正化計画又は医療計画（医療法（昭和23年法律第205号）第30条の4第1項の規定に基づく医療計画をいう。以下同じ。）を策定する際には保険者協議会の意見を聴くこととされていることも踏まえ、保険者協議会が十分に機能を発揮できるよう取組を行う。	る者に対する保健指導を推進した。 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により、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支援した。
-------------	---	---

また、一部の都道府県や保険者においては、新聞・ラジオ等の情報媒体やポスター・リーフレット等を活用した普及啓発、ハガキ・電話・個別訪問による受診勧奨、土日・祝日や夜間帯における健診実施等の取組を行った。

加えて、一部の都道府県においては、栄養・食生活に関する普及啓発・食育活動、各都道府県内の企業等とも連携した減塩や野菜摂取量の増加を目的としたキャンペーン、アプリ等を活用したウォーキングイベントの開催等の取組を行った。

（3）特定健康診査等の実施率向上等に向けた課題と今後の施策について

第3期全国医療費適正化計画においては、令和5年度までに、特定健康診査の実施率を70%以上、特定保健指導の実施率を45%以上とすることを目標として定めたが、令和4年度実績はそれぞれ58.1%、26.5%であり、着実に実施率は上昇しているものの、目標は達成できなかった。

また、メタボリックシンドローム該当者及び予備群の減少率についても、令和5年度までに、平成20年度と比べて25%以上減少することを目標として定めたが、令和4年度実績において、平成20年度と比べて16.1%減少している。

今後の実施率向上に向けた国の取組としては、保険者機能の責任を明確にする観点から、引き続き保険者ごとの特定健康診査等の実施率を公表することとしているほか、保険者インセンティブ制度の活用等により特定健康診査等の実施を推進していく。

特定健康診査については、特に市町村国保の被保険者や被用者保険の被扶養者の実施率が低い傾向にあることから、これらの者に向けたアプローチが必要となる。各保険者において、特定健康診査とがん検診の同時実施や、受診環境の整備を行うことにより、実施を推進していくことが期待される。

また、特定保健指導については、令和6年度から始まった第4期の特定健

康診査等実施計画において、特定保健指導の成果を評価する評価体系（アウトカム評価）の導入やICTの活用を図ることとしており、各保険者において、こうした取組により実施率の向上を図ることで、より効果的かつ効率的な取り組みを進めていくことが期待される。

2 たばこ対策に関する取組

(1) たばこ対策に関する取組

第3期全国医療費適正化計画においては、たばこ対策に関する国の取組として、以下のような取組を記載した。

- ①禁煙希望者に対する禁煙支援
- ②未成年者の喫煙防止対策
- ③受動喫煙防止対策
- ④たばこによる健康への影響や禁煙についての教育、普及啓発等

(2) たばこ対策に関する取組に対する評価・分析

(1) で列挙した国の取組の実施状況については、表16のとおり。

表16 第3期全国医療費適正化計画における記載及び対応する取組（たばこ対策）

項目	国が行った取組
①禁煙希望者に対する禁煙支援	より効果的な禁煙支援が行えるよう、禁煙支援に携わる者の養成や活動支援等を行う自治体への補助を実施した。 また、保健医療従事者等が参照できる「禁煙支援マニュアル」を改定した。
②未成年者の喫煙防止対策	未成年者や子供への影響の大きい父母等の喫煙防止に資するよう、児童・生徒や父母等を対象としたたばこの健康影響に関する知識についての講習会や、喫煙防止のための好事例の紹介等普及啓発に関する事業を行う自治体への補助を行った。
③受動喫煙防止対策	望まない受動喫煙が生じない社会環境の整備の推進を図るため、受動喫煙対策の普及啓発事業を行う自治体への補助を行った。
④たばこによる健康への影響や禁煙についての教育、普及啓発等	WHOが定めた5月31日の「世界禁煙デー」に始まる一週間を「禁煙週間」と定め、世界禁煙デー記念イベントの開催をはじめとした、たばこと健康に関する正しい知識の普及に向けた取組等を実施したほか、受動喫煙による健康影響等の普及啓発を行う自治体への補助を行った。

また、一部の都道府県においては、関係団体と連携したキャンペーンの実施による受動喫煙防止に向けた機運醸成、喫煙施設設置等の標識ステッカーや施設管理者向けハンドブックの作成・配布による制度周知と施設管理者等の取組の後押し、受動喫煙・禁煙防止をテーマとしたポスターコンクールの実施等を行った。

(3) たばこ対策に向けた課題と今後の施策について

がん、循環器疾患等の生活習慣病の発症予防のために、予防可能な最大の危険因子の一つである喫煙及び受動喫煙による健康被害を回避することが重要であることから、第4期全国医療費適正化計画においても引き続きたばこ対策の取組を推進していくこととしている。

特に受動喫煙対策については、望まない受動喫煙の防止を図ることを目的として、多数の者が利用する施設等の類型に応じ、その利用者に対して、一定の場所以外の場所における喫煙を禁止する等を定めた健康増進法の一部を改正する法律（平成30年法律第78号）が令和2年4月より全面施行された。平成29年度からは「喫煙環境に関する実態調査」を実施し、令和4年度の調査では、第一種施設における敷地内全面禁煙の割合が86.3%、第二種施設における屋内全面禁煙が74.1%、喫煙専用室設置が9.7%となっており、より一層受動喫煙対策を徹底していく。

また、一部の都道府県においても、受動喫煙対策を推進するため、条例の制定・改正を行っており、国としても、自治体と連携しながら、たばこ対策を推進していく。

3 予防接種の推進に関する取組

(1) 予防接種の推進に関する取組

第3期全国医療費適正化計画においては、予防接種の推進に関する国の取組として、以下のような取り組みを記載した。

- ① 予防接種に関する啓発及び知識の普及
- ② 予防接種の研究開発の推進及びワクチンの供給の確保等の必要な措置
- ③ 予防接種事業に従事する者に対する研修の実施等必要な措置
- ④ 予防接種の有効性及び安全性の向上を図るために必要な調査及び研究
- ⑤ 副反応報告制度の運用及び健康被害の救済についても円滑な運用を行う。

(2) 予防接種の推進に関する取組に対する評価・分析

(1) で列挙した国の取組の実施状況については、表17のとおり。

表17 第3期全国医療費適正化計画における記載及び対応する取組（たばこ対策）

項目	国が行った取組
① 予防接種に関する啓発及び知識の普及	令和2年にロタウイルスワクチンを新たに定期接種に追加し、自治体の予防接種担当者や医療従事者が被接種者等に適切かつ丁寧な説明等ができるよう、研修や自治体向け説明会を実施するとともに、普及啓発のための資料を作成・公表し、周知を行った。
② 予防接種の研究開発の推進及びワクチンの供給の確保等の必要な措置	国民の健康保持並びに感染症の発生及びまん延の予防のため、医療ニーズ及び疾病負荷等を踏まえ、疫学情報を基に公衆衛生上必要なワクチンの研究開発を推進し、ワクチンの生産体制を整備するとともに、卸売業者・ワクチン製造販売業者等との連携等を通じてワクチンの安定供給に努めた。 令和3年2月から令和5年度までの間には、計約9億回分のワクチンを契約し、国民の新型コロナワクチンの接種機会を確保した。

<p>③予防接種事業に従事する者に対する研修の実施等必要な措置</p>	<p>医療従事者等の予防接種従事者を対象として、予防接種に関する医学的・制度的な基礎知識及び最新知識の修得に関する研修を予防接種リサーチセンターにおいて毎年全国7ブロック計8回行い、予防接種にかかる事故等の未然防止、安全かつ有効な予防接種の実施を図るための人材育成を行った。</p> <p>なお、平成30年度から令和5年度までで延べ約15,000人が研修に参加した（オンライン配信の受講者を含む）</p>
<p>④予防接種の有効性及び安全性の向上を図るために必要な調査及び研究</p>	<p>ワクチンの有効性及び安全性に関する調査・研究を実施している。また、接種記録や副反応疑い報告等の利活用を進めるため、令和4年に予防接種法を改正し、予防接種データベースの構築に必要な法的措置を行った。現在、データベースの構築に向けて具体的な検討を進めている。</p>
<p>⑤副反応報告制度の運用及び健康被害の救済についても円滑な運用を行う。</p>	<p>副反応疑い報告については、審議会に報告の上評価いただき、適正な接種の実施に必要な対応を行った。</p> <p>健康被害救済制度については、審査の迅速化のため、審査会の開催頻度の増加や審査会の増設、事務局機能の増強等を行った。</p>

また、一部の都道府県においては、ホームページやSNSを活用した情報発信等を行った。

(3) 予防接種の推進に向けた課題と今後の施策について

疾病予防という公衆衛生の観点及び国民の健康の保持の観点から、予防接種の適正な実施は重要であり、第4期全国医療費適正化計画においても、引き続き予防接種の推進に向けた必要な取り組みを進める。

予防接種の対象者が適切に接種を受けられるようにするため、関係団体との連携や予防接種の普及啓発等に取組を引き続き実施する。

4 生活習慣病等の重症化予防の推進に関する取組

(1) 生活習慣病等の重症化予防の推進に関する取組

第3期全国医療費適正化計画においては、生活習慣病等の重症化予防の推進に関する国の取組として、以下のような取り組みを記載した。

①多くの保険者等で取組が推進されるよう、日本健康会議とも連携しつつ、実施に当たっての民間事業者の育成や普及に加え、効果的な事例の収集、取組を広げるための課題の検証や推進方策の検討を行い、保険者等に提供する等の必要な支援を行う。

②高齢者の特性に応じた保健事業を推進する観点から、効果的な事例の周知を行う。

(2) 生活習慣病等の重症化予防の推進に関する取組に対する評価・分析

(1) で列挙した国の取組の実施状況については、表18のとおり。

表 18 第 3 期全国医療費適正化計画における記載及び対応する取組（生活習慣等の重症化予防）

項目	国が行った取組
<p>①多くの保険者等で取組が推進されるよう、日本健康会議とも連携しつつ、実施に当たっての民間事業者の育成や普及に加え、効果的な事例の収集、取組を広げるための課題の検証や推進方策の検討を行い、保険者等に提供する等の必要な支援を行う。</p>	<p>日本健康会議で策定している「健康づくりに取り組む5つの実行宣言」の宣言4において「加入者や企業への予防・健康づくりや健康保険の大切さについて学ぶ場の提供、及び上手な医療のかかり方を広める活用に取り組む、保険者を2000保険者以上とする」としており、こうした取組の好事例を横展開している。</p>
<p>②高齢者の特性に応じた保健事業を推進する観点から、効果的な事例の周知を行う。</p>	<p>高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施の取組を推進し、高齢者の特性を踏まえた保健事業ガイドライン等での事例の周知を行った。</p>

また、一部の都道府県においては、関係団体と連携し、国民健康保険のデータベース等を分析し、糖尿病が重症化するリスクの高い未受診者等に対する受診勧奨等を行った。

(3) 生活習慣病等の重症化予防の推進に向けた課題と今後の施策について

生活習慣病等の症状の進展及び合併症の発症等の重症化予防のために、日本健康会議の動きとも連動して、引き続き、都道府県や保険者等の取組を推進し、先進的な取組を横展開することとする。

5 その他予防・健康づくりの推進に関する取組

(1) その他予防・健康づくりの推進に関する取組

第3期全国医療費適正化計画においては、1から4まで以外の予防・健康づくりの推進に関する国の取組として、以下のような取り組みを記載した。

①加入者に健康情報を分かりやすく伝える取組

②加入者が自主的に健康づくりに取り組んだ場合等に還元可能なポイントを提供する等の個人の健康づくりに向けた自助努力を喚起する取組

- (2) その他予防・健康づくりの推進に関する取組に対する評価・分析
 (1) で列挙した国の取組の実施状況については、表 19 のとおり。

表 19 第 3 期全国医療費適正化計画における記載及び対応する取組（その他予防・健康づくり）

項目	国が行った取組
①加入者に健康情報を分かりやすく伝える取組	令和 3 年 10 月から、特定健康診査等の結果をマイナポータルで閲覧可能とした。また、40 歳未満の事業主健診の結果についても、令和 6 年 1 月からマイナポータルで閲覧可能とした。
②加入者が自主的に健康づくりに取り組んだ場合等に還元可能なポイントを提供する等の個人の健康づくりに向けた自助努力を喚起する取組	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ついて、平成 28 年にガイドラインを作成するとともに、こうした取組を行う保険者等について、保険者インセンティブ制度により推進した。

- (3) その他予防・健康づくりの推進に関する取組の推進に向けた課題と今後の施策について

健康寿命の延伸の観点から、1 から 4 まで以外の予防・健康づくりの推進のために、引き続き、保険者等に対してインセンティブを付与すること等により、保険者等の予防・健康づくりの取組を推進することとする。

三 医療の効率的な提供の推進に関する目標の達成状況

1 後発医薬品の使用促進

第3期全国医療費適正化計画においては、後発医薬品の使用促進について、平成29年6月に閣議決定された「経済財政運営と改革の基本方針2017」に基づき、令和2年9月までに後発医薬品の使用割合を80%以上とすることを前提に、令和5年度までに80%以上とする目標を定めた。

その上で、後発医薬品に関する定量的な数値について見ると、後発医薬品の全国の使用割合は、令和4年度末の実績で81.2%であり、全国平均で目標を達成している。(表18)

都道府県ごとに差が見られるものの36都道府県は80%を上回っており、未達の都道府県においても70%以上を超えている。また、平成30年度末と令和4年度末の後発医薬品の使用割合を比べると、都道府県ごとに差が見られるものの、全ての都道府県で上昇している。(図12)

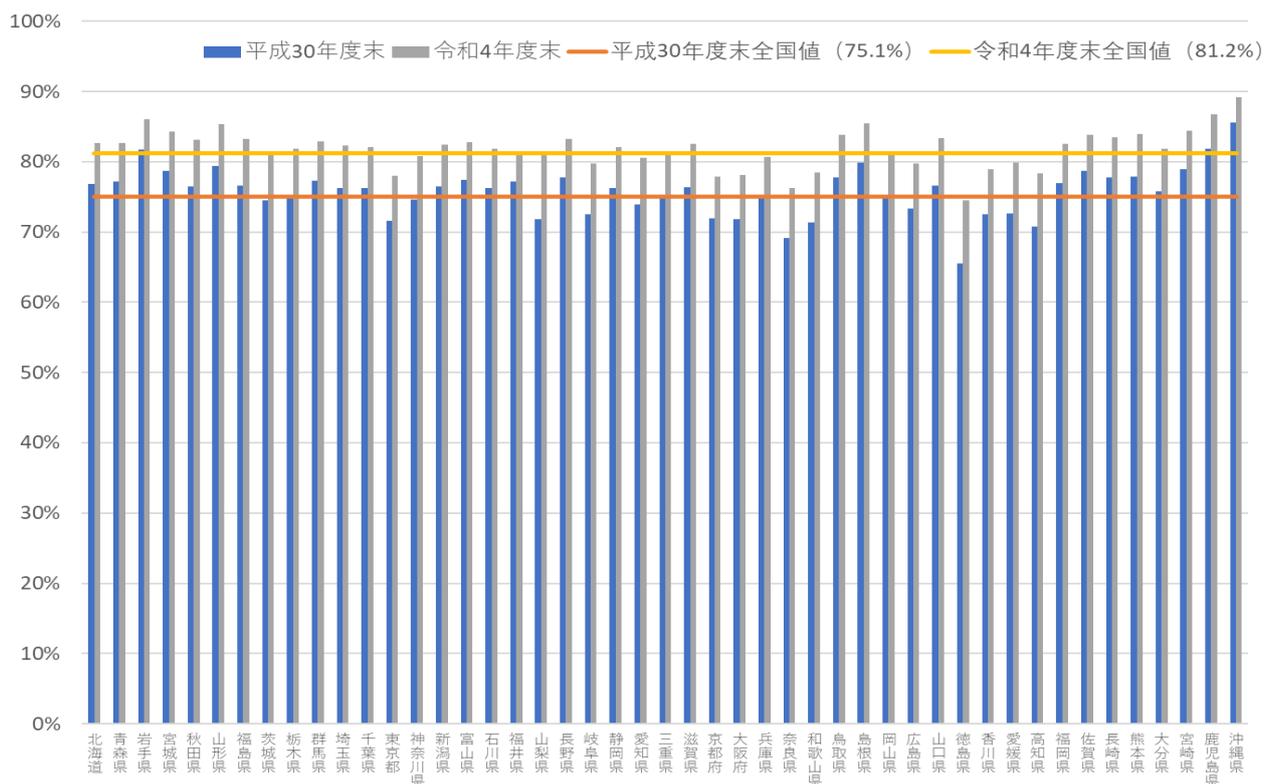
表20 後発医薬品の使用割合（平成30年度末～令和4年度末、単位：％）

	後発医薬品の使用割合
平成30年度末	75.1
令和元年度末	77.9
令和2年度末	79.6
令和3年度末	79.6
令和4年度末	81.2

(※) いずれも各年度末における使用割合を記載

出典：NDB データ

図 12 後発医薬品使用割合（都道府県別、平成 30 年度末・令和 4 年度末）



出典：NDB データ

保険者の種類別では、国保組合が相対的に低くなっている。また、いずれの保険者種別についても、平成 30 年度末よりも令和 5 年度末において、使用割合が上昇している。（表 21）

表 21 後発医薬品の使用割合（保険者の種類別、平成 30 年度末～令和 5 年度末、単位：％）

	市町村国保	国保組合	協会けんぽ	健保組合	共済組合	広域連合
平成 30 年度末	76.3	69.4	76.1	75.5	75.2	74.4
令和元年度末	79.1	72.2	79.0	78.3	78.0	77.4
令和2年度末	80.8	73.9	80.7	80.0	79.9	79.2
令和3年度末	80.6	74.4	80.6	80.0	79.7	79.5
令和4年度末	82.0	76.2	82.1	81.5	81.4	81.2
令和5年度末	83.7	78.3	84.0	83.5	83.3	82.9

出典：NDB データ

2 医薬品の適正な使用推進

第3期全国医療費適正化計画においては、重複投薬の是正等、医薬品の適正使用を推進することが重要であることから、医薬品の適正使用に関する普及啓発や保険者等による医療機関及び薬局と連携した訪問指導の取組の横展開等を行うこととした。

また、複数疾患を有する患者は、複数種類の医薬品の投与を受けている可能性が高いが、それが副作用の発生や医薬品の飲み残し等につながっているとの指摘があることから、複数種類の医薬品の投与の適否については一概に判断できないことに留意しつつ、適切な投薬に関する普及啓発や保険者等による医療機関及び薬局と連携した服薬状況の確認及び併用禁忌の防止の取組の実施等、複数種類の医薬品の投与の適正化に関する取組の横展開等を行うこととした。

これらを目標設定として定め、定量的な数字目標は設定しなかった。

四 医療の効率的な提供の推進に関する施策の取組状況

1 後発医薬品の使用促進に向けた取組

(1) 後発医薬品の使用促進に向けた取組

第3期全国医療費適正化計画においては、後発医薬品の使用促進に向けた国の取組として、以下のような取組を記載した。

- ①後発医薬品と先発医薬品の自己負担の差額を加入者に対し通知する取組
- ②加入者が医療機関等に対し後発医薬品を希望することを示すカードを配布する取組
- ③医療機関に対する啓発資料の送付や情報提供を進めるとともに、安定供給体制の確保について医薬品製造販売業者への指導等を行う。
- ④保険者別の後発医薬品の使用割合を公表する。

(2) 後発医薬品の使用促進の取組に対する評価・分析

(1) で列挙した国の取組の実施状況については、表 22 のとおり。

表 22 第3期全国医療費適正化計画における記載及び対応する取組（後発医薬品の使用促進）

項目	国が行った取組
①後発医薬品と先発医薬品の自己負担の差額を加入者に対し通知する取組	各保険者における後発医薬品利用差額通知の作成を国としても推進しており、市町村の取組については、国保の特別調整交付金において支援している。
②加入者が医療機関等に対し後発医薬品を希望することを示すカードを配布する取組	各保険者における後発医薬品希望カードの作成を国としても推進しており、市町村の取組については、国保の特別調整交付金において支援している。
③医療機関に対する啓発資料の送付や情報提供を進めるとともに、安定供給体制の確保について医薬品製造販売業者への指	厚生労働省が作成した「ジェネリック医薬品 Q&A」やリーフレット等を厚生労働省ホームページに掲載し自由に利用できるようにするなど情報提供を実施した。 供給不安等の問題がある医療用医薬品について厚生労働省に報告を行った上で、原因究明、改善方策、再発防止策等を講ずるよう指導を実施した。

導等を行う。	その上、安定供給が確保できる企業を可視化し、当該企業の品目を医療現場で選定しやすくするため、企業が公表すべき内容やその方法等を定めたガイドラインを策定した。
④保険者別の後発医薬品の使用割合を公表する。	平成 30 年度実績から、保険者別の後発医薬品の使用割合を公表した。

また、一部の都道府県において、後発医薬品への理解を促進するための出前講座、ポスター・リーフレット等の作成・配布による普及啓発等の取組を行った。

(3) 後発医薬品の使用促進に向けた課題と今後の施策について

後発医薬品の使用割合については、令和 11 年度末までに医薬品の安定的な供給を基本としつつ、後発医薬品の数量シェアを全ての都道府県で 80%以上とすることを主目標とし、バイオ後続品に 80%以上置き換わった成分数を全体の成分数の 60%以上とすること及び後発医薬品の金額シェアを 65%以上とすることを副次目標とすることとしており、第 4 期全国医療費適正化計画においても引き続き後発医薬品の適切な使用の促進に向けた取組を推進する。

具体的には、①から④までの取組を引き続き実施するほか、後発医薬品のある先発医薬品の選定療養の取扱について周知等を行う。また、医薬品の適正使用の効果も期待されるという指摘もあるフォーミュラリの運用について周知を行うとともに、「安定供給の確保を基本として、後発医薬品を適切に使用していくためのロードマップ」（令和 6 年 9 月策定）及び「バイオ後続品の使用促進のための取組方針」（令和 6 年 9 月策定）に掲げられた取組を推進する。

2 医薬品の適正使用の推進に向けた取組

(1) 医薬品の適正使用の推進に向けた取組

第 3 期全国医療費適正化計画においては、医薬品の適正使用に向けた国の取組として、以下のような取組を記載した。

①保険者協議会を活用した重複投薬の是正に向けた取組

②処方医と連携したかかりつけ薬剤師・薬局による取組

③複数種類の医薬品の投与を受けている患者に対して、その服薬状況の分析も踏まえた、保険者協議会を通じた保険者等による医療機関及び薬局と連携した服薬状況の確認及び併用禁忌の防止の取組

(2) 医薬品の適正使用の推進に向けた取組に対する評価・分析

(1) で列挙した国の取組の実施状況については、表 23 のとおり。

表 23 第 3 期全国医療費適正化計画における記載及び対応する取組（医薬品の適正使用の推進）

項目	国が行った取組
①保険者協議会を活用した重複投薬の是正に向けた取組	毎年度、国から都道府県に対し重複投薬に係るデータを提供した。

②処方医と連携したかかりつけ薬剤師・薬局による取組	「薬と健康の週間」などの機会に国民、自治体や薬局関係団体に向けて周知を実施した。
③複数種類の医薬品の投与を受けている患者に対して、その服薬状況の分析も踏まえた、保険者協議会を通じた保険者等による医療機関及び薬局と連携した服薬状況の確認及び併用禁忌の防止の取組	毎年度、国から都道府県に対し多剤投与に係るデータを提供した。

また、一部の都道府県においては、関係団体と連携したイベントの実施、ラジオ及びSNSを通じた普及啓発、関係団体と連携した重複投薬を防止するためのポリファーマシー対策の実施等の取組を行った。

(3) 医薬品の適正使用の推進に向けた課題と今後の施策について

今後、医療費の増大が見込まれる中では、重複投薬や多剤投与の是正等、医薬品の適正使用を推進することが重要である。このため、第4期全国医療費適正化計画においては、患者や医療機関及び薬局に対する医薬品の適正使用に関する普及啓発や保険者等による医療機関及び薬局と連携した訪問指導等の実施、医療機関及び薬局における重複投薬等の確認を可能とする電子処方箋のメリットの周知等による普及促進等を行うこととする。

また、複数疾患を有する患者は、複数種類の医薬品の投与を受けている可能性が高く、それが副作用の発生や医薬品の飲み残し等につながっているとの指摘があることから、適切な投薬に関する普及啓発や保険者等による医療機関及び薬局と連携した服薬状況の確認及び併用禁忌の防止の取組の実施等、複数種類の医薬品の投与の適正化に関する取組の横展開等を行うこととする。なお、施策の推進に当たっては、複数種類の医薬品の投与の適否は一概に判断できないため、一律に一定種類以上の医薬品の投与を是正することを目的とした取組は適当ではないことに留意する。

第3期医療費適正化計画（2018～2023年度）の目標と進捗状況（全国）

○ 第3期の目標と適正化効果額

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

○ 第3期の進捗状況

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

(※) その他としては、医療の高度化や患者負担の見直し等、種々のものが考えられる。

表 25 医療費の伸びに係る推計と実績の差異状況

		分解される要因	伸び率	影響額 (百億円)
A	計画策定時に推計した国民医療費の平成29年度から令和5年度までの伸び	合計	19.4%	835
		人口	▲2.8%	▲136
		高齢化	5.6%	258
		診療報酬改定・薬価改定	—	0
		その他	16.3%	713
B	国民医療費の平成29年度から令和4年度（実績）及び令和5年度（実績見込み）までの伸び	合計	11.5%	496
		人口	▲1.9%	▲85
		高齢化	5.5%	243
		診療報酬改定・薬価改定	▲3.5%	▲163
		その他	11.7%	502
AとBの差異 (B-A)		合計	▲7.9ポイント	▲339
		人口	1.0ポイント	50
		高齢化	▲0.2ポイント	▲16
		診療報酬改定・薬価改定	▲3.5ポイント	▲163
		その他	▲4.7ポイント	▲211

医療費の伸び率の要因分解

図 13 医療費の伸び率の要因分解

	H22年度 (2010)	H23年度 (2011)	H24年度 (2012)	H25年度 (2013)	H26年度 (2014)	H27年度 (2015)	H28年度 (2016)	H29年度 (2017)	H30年度 (2018)	R元年度 (2019)	R2年度 (2020)	R3年度 (2021)	R4年度 (2022)	R5年度 (2023)
医療費の伸び率 ①	3.9%	3.1%	1.6%	2.2%	1.9%	3.8%	-0.5%	2.2%	0.8%	2.3%	-3.2%	4.8%	3.7%	2.9% (注1)
人口増の影響 ②	0.0%	-0.2%	-0.2%	-0.2%	-0.2%	-0.1%	-0.1%	-0.2%	-0.2%	-0.2%	-0.3%	-0.5%	-0.4%	-0.5%
高齢化の影響 ③	1.6%	1.2%	1.4%	1.3%	1.2%	1.0%	1.0%	1.2%	1.1%	1.0%	1.0%	1.1%	0.9%	0.7% (注2)
診療報酬改定等 ④	0.19%	0.004%	0.1%	-1.33% (注4)	-1.26% 消費税対応 1.36% (注3)	-1.19% (注5)	-0.07% (注6)	-0.46% (注7)	-0.9% (注8)	-0.94% (注9)				
その他 (①-②-③-④) ・医療の高度化 ・患者負担の見直し等	2.1%	2.1%	0.4%	1.1%	0.7%	2.9%	-0.1%	1.2%	1.1%	1.6%	-3.5%	5.1%	4.2%	3.3%
制度改正					H26.4 70-74歳 2割負担 (注10)								R4.10 一定以上 所得高齢者 2割負担	

注1：医療費の伸び率は、令和4年度までは国民医療費の伸び率、令和5年度は概算医療費（審査支払機関で審査した医療費）の伸び率（上表の斜体字、速報値）であり、医療保険と公費負担医療の合計である。
 注2：令和5年度の高齢化の影響は、令和4年度の年齢別1人当たり医療費と令和4年度、5年度の年齢別人口からの推計値である。
 注3：平成26年度の「消費税対応」とは、消費税率引上げに伴う医療機関等の課税仕入れにかかるコスト増への対応分を指す。平成26年度における診療報酬改定の改定率は、合計0.10%であった。
 注4：平成28年度の改定分-1.33%のうち市場拡大再算定の特例分等は-0.29%、実勢値等改定分で計算すると-1.03%。
 注5：「市場拡大再算定の特例分等」とは年間販売額が極めて大きい品目に対する市場拡大再算定の特例の実施等を指す。
 注6：平成30年度の改定分-1.19%のうち薬価制度改革分は-0.29%、実勢値等改定分で計算すると-0.9%。
 注7：令和元年度10月消費税引上げに伴う診療報酬改定（診療報酬+0.41%、薬価改定-0.48%）のうち影響を受ける期間を考慮した値。
 注8：令和3年度の国民医療費を用いて、薬価改定の影響を医療費に対する率へ換算した値。
 注9：令和5年度の概算医療費を用いて、薬価改定の影響を医療費に対する率へ換算した値。
 注10：70-74歳の者の一部負担金割合の予算凍結措置解除（1割→2割）。平成26年4月以降新たに70歳に達した者から2割とし、同年3月までに70歳に達した者は1割に据え置く。

第六 今後の課題及び展望

一 国民の健康の保持の推進

第3期全国医療費適正化計画における目標である特定健康診査の実施率70%、特定保健指導の実施率45%、メタボリックシンドローム該当者及び予備群の減少率25%（いずれも令和5年度時点）については、それぞれ実績との差異が大きい状況にある。第4期全国医療費適正化計画においても、引き続き実施率・減少率の向上を目指すこととし、都道府県や保険者の取組がより一層進むよう、国としても保険者インセンティブ等を活用しながら推進していく。

また、たばこ対策、予防接種及び生活習慣病等の重症化予防についても第4期全国医療費適正化計画において引き続き推進していくとともに、第4期全国医療費適正化計画において新たにに取り組むこととした、高齢者の心身機能の低下等の起因した疾病予防・介護予防を推進するため、医療と介護の連携の推進や法第125条第3項の規定に基づく高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施など、医療と介護にまたがるアプローチの重要性を関係者が認識し、限られた医療・介護資源を組み合わせて取り組むことができるよう、都道府県や市町村の取組を支援していく。

二 医療の効率的な提供の推進

後発医薬品の使用割合については、令和11年度末までに医薬品の安定的な供給を基本としつつ、後発医薬品の数量シェアを全ての都道府県で80%以上とすることを主目標とし、バイオ後続品に80%以上置き換わった成分数を全体の成分数の60%以上とすること及び後発医薬品の金額シェアを65%以上とすることを副次目標とすることとしており、第4期全国医療費適正化計画においても引き続き後発医薬品の適切な使用の促進に向けた取組を推進していく。

また、医療費の増大が見込まれる中では、重複投薬や多剤投与の是正等、医薬品の適正使用を推進することが重要であることから、第4期全国医療費適正化計画においても引き続き医薬品の適正使用の取組を推進していく。

さらに、第4期全国医療費適正化計画においては、医療資源の効果的・効率的な活用や、医療・介護の連携を通じた効果的・効率的なサービス提供を推進する。

三 今後の展望

高齢者人口がピークに達し、生産年齢人口が急速に減少する2040年を展望すると、誰もがより長く元気に活躍できる社会を実現することが重要である。また、医療保険制度の持続可能性を高める観点から、医療費適正化の取組の推進に当たっては、国民一人一人が「自分の健康は自ら守る」と意識して行動することが重要であり、自助と連帯の精神に基づき、自ら加齢に伴って生ずる心身の変化を自覚して常に健康の保持増進に努める必要がある。こうした中で、国民一人一人が生きがいを持ち、若年期からの健康に対する意識の向上や健康づくりに実効的に取り組めるような環境づくりも重要である。

第4期全国医療費適正化計画においては、こうした視点を踏まえて、計画に記

載された取組を一層推進し、国民皆保険を堅持し、国民の生活の質の維持及び向上を確保しつつ、今後、医療費が過度に増大しないようにしていくとともに、良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制の確保を図る。

高齢者の医療の確保に関する法律第八条第一項の規定に基づき定める計画の全部を改正する件

○厚生労働省告示第百八号

高齢者の医療の確保に関する法律（昭和五十七年法律第八十号）第八条第一項の規定に基づき、高齢者の医療の確保に関する法律第八条第一項の規定に基づき定める計画（平成三十一年厚生労働省告示第七十九号）の全部を次のように改正したので、同条第七項の規定に基づき公表する。

令和七年三月三十一日

厚生労働大臣 福岡 資麿

高齢者の医療の確保に関する法律第八条第一項の規定に基づき定める計画

目次

第一 計画の位置付け

一 計画のねらい

二 計画の期間

第二 医療費を取り巻く現状と課題

一 医療費の動向

二 生活習慣病の有病者及び予備群の状況

第三 目標と取組

一 基本理念

1 国民の生活の質の維持及び向上

2 今後の人口構成の変化への対応

二 医療費適正化に向けた目標

- 1 国民の健康の保持の推進に関する達成目標
- 2 医療の効率的な提供の推進に関する達成目標
- 3 計画期間における医療に要する費用の見込み

三 目標を達成するために国が取り組むべき施策

- 1 国民の健康の保持の推進に関する施策
- 2 医療の効率的な提供の推進に関する施策

第四 都道府県医療費適正化計画における地域の課題を踏まえた医療費適正化に資する特徴的な施策

一 住民の健康づくり等の推進

- 1 乳幼児期からの健康づくりの推進
- 2 健康な食生活の推進
- 3 がん検診の推進

二 高齢者の健康づくり等の推進

- 1 高齢者の社会活動等の推進

2 歯と口腔^{くわう}の健康づくりの推進

3 フレイル・ロコモティブシンドローム対策の推進

第五 計画の推進

一 関係者の連携及び協力による計画の推進

二 計画の達成状況の評価

1 進捗状況公表

2 進捗状況に関する調査及び分析等

3 実績評価

第一 計画の位置付け

一 計画のねらい

我が国は、国民皆保険の下、誰もが安心して医療を受けることができる医療制度を実現し、世界最長の平均寿命や高い保健医療水準を達成してきた。

しかしながら、急速な少子高齢化、経済の低成長、国民生活や意識の変化等医療を取り巻く様々な環

境が変化してきており、国民皆保険を堅持し続けていくためには、国民の生活の質の維持及び向上を確保しつつ、今後、医療に要する費用（以下「医療費」という。）が過度に増大しないようにしていくとともに、良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制の確保を図る必要がある。

このための仕組みとして、平成 18 年の医療制度改革において、医療費の適正化（以下「医療費適正化」という。）を推進するための計画（以下「医療費適正化計画」という。）に関する制度が創設された。医療費適正化計画においては、国民の健康の保持の推進及び医療の効率的な提供の推進に関し、都道府県における医療費適正化の推進のために達成すべき目標を定めることとされており、具体的な政策として展開することができ、かつ、実効性が期待される取組を目標の対象として設定することが重要である。また、医療保険制度の持続可能性を高める観点から、医療費適正化の取組の推進に当たっては、国民一人一人が「自分の健康は自ら守る」と意識して行動することが重要であり、自助と連帯の精神に基づき、自ら加齢に伴って生ずる心身の変化を自覚して常に健康の保持増進に努める必要がある。こうした中で、国民一人一人が生きがいを持ち、若年期からの健康に対する意識の向上や健康づくりに実効的に取り組めるような環境づくりも重要である。

医療費適正化計画の実効性の確保のために、全世代対応型の持続可能な社会保障制度を構築するための健康保険法等の一部を改正する法律（令和5年法律第31号）による改正後の高齢者の医療の確保に関する法律（昭和57年法律第80号。以下「法」という。）において、都道府県は、住民の高齢期における医療費適正化を図るための取組において、保険者等（保険者（法第7条第2項に規定する保険者をいう。以下同じ。）及び後期高齢者医療広域連合（法第48条に規定する後期高齢者医療広域連合をいう。以下「広域連合」という。）をいう。以下同じ。）、医療関係者その他の関係者の協力を得つつ、中心的な役割を果たすこととするとともに、保険者協議会（法第157条の2第1項の保険者協議会をいう。以下同じ。）を必置化し、保険者協議会が都道府県医療費適正化計画（法第9条第1項に規定する都道府県医療費適正化計画をいう。以下同じ。）の作成に加えて実績評価にも関与する仕組みを導入する等とされている。

本計画は、法第8条第1項の規定に基づき、国民の健康の保持及び医療の効率的な提供の推進に関し、国が達成すべき目標に関する事項を定めるとともに、これらの目標を達成するために国が取り組むべき施策に関する事項等を定めることにより、医療費適正化が総合的かつ計画的に推進されるようにするこ

とを目的とするものである。

二 計画の期間

本計画の期間は、令和6年度から令和11年度までの6年間とする。

第二 医療費を取り巻く現状と課題

一 医療費の動向

令和4年度の国民医療費は46兆6,967億円となっており、前年度の45兆359億円に比べ1兆6,608億円、3.7%の増加となっている。

また、過去10年の推移を振り返ると、国民医療費の伸び率は、新型コロナウイルス感染症による受診控えなどの影響が生じた令和2年度を除き、おおむね増加傾向である。特に、患者の負担割合の増加や診療報酬のマイナス改定といった国民医療費の抑制につながる取組がなされていない年度においては、国民医療費は年間約1兆円（年率約2～3%程度）ずつ伸びる傾向にある。

また、後期高齢者の医療費についてみると、平成12年度の介護保険制度の導入に伴い、後期高齢者の医療費の一部が医療保険制度の対象範囲から除外されるようになったこと、平成14年10月から高齢

者の医療費の対象年齢が段階的に引き上げられていること等により、平成 11 年度から平成 17 年度まではほぼ横ばいとなっているものの、後期高齢者医療制度が開始された平成 20 年度以降は、令和 2 年度を除き伸び続けている。

また、令和 4 年度の一人当たり国民医療費をみると、75 歳以上では年間 94.1 万円、65 歳以上では年間 77.6 万円であるのに対し、65 歳未満では年間 21.0 万円となっており、約 4 倍の開きがある。

今後は、高齢者人口がピークを迎える 2040 年頃に向け、さらに医療費が増加することになると予想される。

二 生活習慣病の有病者及び予備群の状況

高齢化の急速な進展及び生活習慣の変化に伴い、疾病構造が変化し、疾病全体に占めるがん（悪性新生物）、虚血性心疾患、脳血管疾患、糖尿病等の生活習慣病の割合が増加している。死因別死亡割合をみると、生活習慣病が 5 割以上を占め、国民医療費に占める生活習慣病の割合も約 3 分の 1 となっている。

また、生活習慣病の中でも、特に、虚血性心疾患、脳血管疾患等の発症の重要な危険因子である糖尿

病、高血圧症、脂質異常症等の有病者やその予備群が増加しており、その発症前の段階であるメタボリックシンドロームの該当者及び予備群の割合は、40歳から74歳までの者でみると、男性で約5人に2人、女性で約10人に1人の割合に達している。

こうした状況を踏まえると、医療費適正化に向けた取組においては、糖尿病、高血圧症、脂質異常症等の発症、あるいは重症化や合併症への進行の予防に重点を置き、生涯にわたって生活の質の維持・向上を図ることが重要である。

なお、生活習慣病としてがんも大きな比重を占めているが、がん対策については、別途、がん対策推進基本計画（がん対策基本法（平成18年法律第98号）第10条第1項に規定するがん対策推進基本計画をいう。）に基づいて対策を進めていくこととしている。

第三 目標と取組

一 基本理念

1 国民の生活の質の維持及び向上

医療費適正化のための具体的な取組は、第一義的には、今後の国民の健康と医療の在り方を展望し、

国民の生活の質を確保・向上する形で良質かつ適切な医療の効率的な提供を目指すものでなければならない。

2 今後の人口構成の変化への対応

いわゆる団塊の世代が全て75歳以上となる令和7年にかけて、65歳以上人口、とりわけ75歳以上人口が急速に増加した後、令和22年に向けてその増加は緩やかになる一方で、既に減少に転じている生産年齢人口は、令和7年以降更に減少が加速する。こうした中で、人口減少に対応した全世代対応型の持続可能な社会保障制度を構築していくことが必要であり、医療・介護の提供体制を支える医療保険制度・介護保険制度の持続可能性を高めていくため、限りある地域の社会資源を効果的かつ効率的に活用し、医療費適正化を図っていくものでなければならない。

二 医療費適正化に向けた目標

国民の受療の実態をみると、高齢期に向けて生活習慣病の外来受療率が徐々に増加し、次に75歳頃を境にして生活習慣病を中心とした入院受療率が上昇している。不適切な食生活や運動不足等の不健康な生活習慣の継続がやがて糖尿病、高血圧症、脂質異常症等の発症を招き、通院及び服薬が始まり、虚

血性心疾患や脳血管疾患等の発症に至るといった経過をたどることになる。

また、令和4年度における後期高齢者の一人当たり年齢調整後医療費をみると、一番低い岩手県が年間約75万円、一番高い福岡県が年間約112万円と、約1.5倍の差があり、入院医療費がその差の大きな原因となっている。

以上のことから、国民医療費の急増を抑えていくために重要な施策は、一つは、若い時からの生活習慣病の予防対策である。予防・健康づくりには、健康の改善により生活の質（以下「QOL」という。）を向上させ、健康寿命を延ばすだけでなく、健康に働く者を増やすことで、社会保障の担い手を増やすこと、健康格差の拡大を防止することといった多面的な意義がある。例えば糖尿病が重症化して人工透析に移行した場合、頻回な治療等のためQOLが低下することに加え、多額の医療費が必要になる。生活習慣病の発症予防として個人の生活習慣の改善を促す取組を進めることや、重症化するリスクの高い医療機関未受診者等に対して医療機関の受診を勧奨し必要な治療を行うことなど、その重症化を予防するための取組を進めることが重要である。

生活習慣病予防の対策のため、平成20年度から、特定健康診査等（特定健康診査（法第18条第1項

に規定する特定健康診査をいう。以下同じ。) 及び特定保健指導(同項に規定する特定保健指導をいう。以下同じ。)をいう。以下同じ。)の実施が保険者に義務付けられている。特定健康診査等の実施率は、年々向上してきているとはいえ、依然として目標との乖離^{かい}があり、引き続き、実施率の向上のための取組を進めることが必要である。このため、令和6年度から始まった第四期の特定健康診査等実施計画(法第19条第1項に規定する特定健康診査等実施計画をいう。以下同じ。)においては、特定保健指導の成果を評価する評価体系(以下「アウトカム評価」という。)の導入や、ICTの活用により、特定健康診査等の実施率の向上を図ることで、より効果的かつ効率的な取組を進めていくことが期待される。また、糖尿病の重症化予防の取組としては、「糖尿病性腎症重症化予防プログラム」(平成28年4月策定、令和6年3月改定)に基づき、都道府県、市町村(特別区を含む。以下同じ。)をはじめとする保険者等と地域の医師会等の関係者が協働・連携し、ハイリスク者に対する受診勧奨、保健指導等の取組が進められている。

こうした国民一人一人の健康寿命延伸と適正な医療について、民間組織が連携し行政の全面的な支援のもと実効的な活動を行うために、平成27年7月には、民間主導の活動体である日本健康会議が発足

しており、令和3年10月に「健康づくりに取り組む5つの実行宣言2025」が策定され、コミュニティの結びつき、一人一人の健康管理及びデジタル技術等の活用に力点を置いた予防・健康づくりを推進してきている。都道府県においても、こうした産学官連携の動きと連動して、市町村や保険者等の取組を推進することが重要である。

また、高齢期には生活習慣病の予防対策に併せて、心身機能の低下に起因した疾病に対する保健指導や栄養指導等を含む予防の重要性も指摘されている。

特に、発症後に介護ニーズが増大する可能性のある大腿骨^{たい}骨折等の入院患者数・手術件数は、高齢者人口が減少する局面においても増加することが指摘されている。医療費適正化のための取組は、医療と介護の両方に対するアプローチの重要性や心身機能の低下に起因した疾病の予防の重要性を踏まえたものとすることも必要である。

今後、急速な少子高齢化の進展が見込まれる中であっては、患者の視点に立って、どの地域の患者も、その状態像に即した適切な医療を適切な場所で受けられることを目指すことが必要であり、医療機関の自主的な取組により、医療機関の病床を医療ニーズの内容に応じて機能分化しながら、切れ目のない医

療・介護を提供することにより、限られた医療資源を有効に活用することが医療費適正化の観点からも重要である。このため、病床機能の分化及び連携の推進並びに地域包括ケアシステムの構築の推進を通じ、「地域完結型」の医療・介護提供体制の構築を目指すこととする。

上記に加え、第三期医療費適正化計画では、後発医薬品の使用促進について、令和5年度に使用割合を80%以上にすることを目標として取り組んできた。その後、後発医薬品の使用割合は着実に伸び続けており、こうした状況も踏まえ、「経済財政運営と改革の基本方針2021」（令和3年6月18日閣議決定。以下「骨太方針2021」という。）においても、「後発医薬品の数量シェアを、2023年度末までに全ての都道府県で80%以上とする」こととされた。こうした動きを踏まえ、本計画の計画期間においては、まずは医薬品の安定的な供給を基本としつつ、骨太方針2021で示す新たな数値目標を踏まえて都道府県においても数値目標を設定し、国と一体となって、後発医薬品を使用することができる環境の整備等の取組を進めることとする。

バイオ後続品（先発バイオ医薬品と同等・同質の品質、有効性及び安全性を有する医薬品として、異なる製造販売業者により開発される医薬品をいう。以下同じ。）は、先発バイオ医薬品と比べて安価で

あり、後発医薬品と同様に医療費適正化の効果を有することから、その普及を促進する必要があるが、成分によりバイオ後続品の数量シェアが異なり、その要因は多様である。こうした観点から、バイオ後続品の普及促進に当たっては、医療関係者や保険者等を含めた多様な主体と連携しながら取組を進めることが必要である。

第三期医療費適正化計画の計画期間においては、重複投薬の是正や医薬品の適正使用の推進等について都道府県における目標を設定し、都道府県が適切な投薬に関する普及啓発や保険者等による医療機関及び薬局と連携した訪問指導の実施を支援する等の取組を進めてきた。こうした取組に加えて、重複投薬の是正について、電子処方箋の活用推進等により更なる取組の推進を図ることや、多剤投与の是正について、疾病や薬の組合せ等ごとにリスク・ベネフィットが異なるため、複数種類の医薬品の投与の適否については一概に判断できない点に留意しつつ、「高齢者の医薬品適正使用の指針」（平成 30 年 5 月策定）等を踏まえ、更なる取組の推進を図ることが重要である。

また、こうした既存の目標に加えて、本計画の計画期間においては、医療資源の効果的かつ効率的な活用のための取組を進めることも重要である。急性気道感染症や急性下痢症に対する抗菌薬処方などの、

効果が乏しいというエビデンスがあることが指摘されている医療については知見が集積されており、白内障手術及び化学療法の外來での実施状況などの医療資源の投入量については地域差があることが指摘されている。こうした医療について、地域ごとに都道府県や関係者が地域の実情を把握するとともに、適正な実施に向けた必要な取組について検討し、実施することが考えられる。また、医療と介護の連携の推進や法第 125 条第 3 項の規定に基づく高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施（以下「一体的実施」という。）など、医療と介護にまたがるアプローチの重要性を関係者が認識し、限られた医療・介護資源を組み合わせて取り組むことも重要である。

こうした現状や考え方に立ち、国が達成すべき目標を、それぞれ次の 1 及び 2 のように設定する。これらの目標については、今後の状況を踏まえ、医療費適正化により資するものとなるようにする観点から検証を加え、必要な見直しを行うこととする。

1 国民の健康の保持の推進に関する達成目標

(1) 特定健康診査の実施率

令和 11 年度における特定健康診査の実施率を 70%以上とすることを目標とすることとする。

(2) 特定保健指導の実施率

令和 11 年度における当該実施率を 45%以上とすることを目標とすることとする。

(3) メタボリックシンドロームの該当者及び予備群の減少率

平成 20 年度と比べた、令和 11 年度時点でのメタボリックシンドロームの該当者及び予備群の減少率を 25%以上とすることを目標とすることとする。

(4) たばこ対策

がん、循環器疾患等の生活習慣病の発症予防のためには、予防可能な最大の危険因子の一つである喫煙による健康被害を回避することが重要である。また、受動喫煙は、様々な疾病の原因となっている。こうしたたばこによる健康被害を予防するため、たばこの健康影響や禁煙についての普及啓発に取り組むこととする。

(5) 予防接種

疾病予防という公衆衛生の観点及び国民の健康の保持の観点から、予防接種の適正な実施が重要である。予防接種の対象者が適切に接種を受けられるようにするために、関係団体との連携や

予防接種の普及啓発等の取組を行うこととする。

(6) 生活習慣病等の重症化予防の推進

生活習慣病等の症状の進展及び合併症の発症等の重症化予防のために、日本健康会議の動きとも連動して、都道府県や保険者等の取組を推進し、先進的な取組を横展開することとする。

(7) 高齢者の心身機能の低下等に起因した疾病予防・介護予防の推進

高齢者が複数の慢性疾患を有することや、加齢に伴う身体的、精神的及び社会的な特性を踏まえ、体重や筋肉量の減少を主因とした低栄養や、口腔機能、運動機能、認知機能の低下等のフレイルなどに着目して一体的実施に取り組むとともに、高齢者に係る疾病の重症化予防と生活機能維持の両面にわたる課題に一体的に対応することとする。

(8) その他予防・健康づくりの推進

(1)から(7)まで以外の取組についても、健康寿命の延伸の観点から、保険者等に対してインセンティブを付与すること等により、保険者等の予防・健康づくりの取組を推進することとする。

2 医療の効率的な提供の推進に関する達成目標

(1) 後発医薬品及びバイオ後続品の使用促進

後発医薬品の使用割合について、令和 11 年度末までに医薬品の安定的な供給を基本としつつ、後発医薬品の数量シェアを全ての都道府県で 80%以上とすることを主目標とし、バイオ後続品に 80%以上置き換わった成分数を全体の成分数の 60%以上とすること及び後発医薬品の金額シェアを 65%以上とすることを副次目標とする。

(2) 医薬品の適正使用の推進

今後、医療費の増大が見込まれる中では、重複投薬や多剤投与の是正等、医薬品の適正使用を推進することが重要である。

このため、患者や医療機関及び薬局に対する医薬品の適正使用に関する普及啓発や保険者等による医療機関及び薬局と連携した訪問指導等の実施、医療機関及び薬局における重複投薬等の確認を可能とする電子処方箋のメリットの周知等による普及促進等を行うこととする。

また、複数疾患を有する患者は、複数種類の医薬品の投与を受けている可能性が高く、それが副作用の発生や医薬品の飲み残し等につながっているとの指摘があることから、適切な投薬に関する

普及啓発や保険者等による医療機関及び薬局と連携した服薬状況の確認及び併用禁忌の防止の取組の実施等、複数種類の医薬品の投与の適正化に関する取組の横展開等を行うこととする。なお、施策の推進に当たっては、複数種類の医薬品の投与の適否は一概に判断できないため、一律に一定種類以上の医薬品の投与を是正することを目的とした取組は適当ではないことに留意する。

(3) 医療資源の効果的・効率的な活用

急性気道感染症及び急性下痢症の患者に対する抗菌薬の処方といった、効果が乏しいというエビデンスがあることが指摘されている医療や、白内障手術及び化学療法の外來での実施状況などの医療資源の投入量に地域差がある医療については、個別の診療行為としては医師の判断に基づき必要な場合があることに留意しつつ、地域ごとに関係者が地域の実情を把握できるようにするとともに、医療資源の効果的かつ効率的な活用に向けて必要な取組について検討し、推進する。リフィル処方箋については、保険者、都道府県、医師、薬剤師などの必要な取組を検討し、実施することにより活用を進める。その際、分割調剤等その他の長期処方も併せて、地域の実態を踏まえながら取り組むこととする。

(4) 医療・介護の連携を通じた効果的・効率的なサービス提供の推進

高齢期の疾病は、疾病の治療等の医療ニーズだけでなく、疾病と関連する生活機能の低下等による介護ニーズの増加にもつながりやすい。

このため、医療と介護の両方を必要とする状態の高齢者が、住み慣れた地域で自分らしい暮らしを続けることができるよう、地域の医療・介護の関係機関が連携して、包括的かつ継続的な在宅医療・介護を提供する。

また、今後更なる増加が見込まれる高齢者の大腿骨骨折^{たい}については、壮年期からの骨粗鬆症^{しょう}の把握並びにその治療の開始及び継続のための取組を進めることとする。高齢者の大腿骨骨折^{たい}等の骨折対策については、低栄養など栄養状態の悪化や身体的フレイルと関連することを踏まえ、低栄養や身体的フレイルの改善に向けた保健指導等を進める。

3 計画期間における医療に要する費用の見込み

今後、さらなる医療費の増加が見込まれる中であって、国としては、特定健康診査等をはじめとする国民の健康の保持の推進に関する施策や、後発医薬品の使用促進をはじめとする医療の効率的な提

供の推進に関する施策を進めることにより、医療費適正化を推進していく。

具体的な医療費の見込みについては、計画期間における 47 都道府県の医療費の見込みを機械的に足し上げると、入院医療費について、病床機能の分化及び連携の推進の成果を踏まえた入院医療費は約 19.2 兆円、入院外医療費について、医療費適正化の取組がなされない場合の令和 11 年度における入院外医療費は約 31.8 兆円、医療費適正化の取組がなされた場合の令和 11 年度における入院外医療費は約 31.4 兆円となっており、医療費適正化の取組がなされた場合の令和 11 年度における医療費の総額は約 50.6 兆円となっている。

三 目標を達成するために国が取り組むべき施策

1 国民の健康の保持の推進に関する施策

(1) 保険者による特定健康診査等の推進

国は、保険者による特定健康診査等の取組が効率的かつ効果的に実施されるよう、次のような支援を行う。

① 保健事業の人材養成

保険者による特定健康診査等実施計画の策定及び同計画に基づく着実な保健事業の展開を支援するため、各保険者における保健事業の企画立案、実施及び実施後評価を行うことができる人材の養成を支援する。

特に、保健指導の実施者の質及び量的な確保が重要であり、保健指導の実施に携わる医師、保健師及び管理栄養士等に対する実践的な特定保健指導のプログラムの習得のための研修の実施を支援する。

② 特定健康診査等の内容の見直し

令和6年度から始まる第四期の特定健康診査等実施計画の計画期間において、アウトカム評価の導入やICTの活用等により、特定健康診査等の実施率の向上を図り、更に効果的かつ効率的な取組を進めていくこととされていることを踏まえ、アウトカム評価の導入に関する保険者の取組の状況や、ICTの導入促進等に向けた調査分析を行う。

さらに、特定健康診査等に関するデータや現場での優れた実践例の分析等を踏まえ、より効果的かつ効率的な特定健康診査等が実施できるよう、第五期の特定健康診査等実施計画の策定

に向けて検討する。

③ 集合的な契約の活用の支援

生活習慣病対策の実効性を高めるためには、多くの被保険者及び被扶養者が特定健康診査等を受けられるようにすることが必要である。

そのためには、自宅や職場に近い場所で受診でき、被保険者及び被扶養者の立替払い等の負担を避けられる体制づくりが必要となるが、このような体制を全国の保険者が効率的に実現できるよう、複数の保険者による複数の健診・保健指導機関との集合的な契約の枠組みの活用を支援する。

④ 好事例の収集及び公表

日本健康会議の動きとも連動して、保険者又はその委託を受けた健診・保健指導機関における好事例（特定健康診査等の実施率を高めるための受診勧奨や結果通知等の取組例、生活習慣の改善率の高い特定保健指導の提供例等）を収集し、公表する。

⑤ 被用者保険の被扶養者の特定健康診査の実施率向上に向けた対策

被用者保険の被扶養者の特定健康診査の実施率向上には、被扶養者が特定健康診査を受診しやすい環境の整備等が必要であり、市町村が実施するがん検診と特定健康診査を同時に実施する取組や、市町村への特定健康診査の実施の委託を推進する。また、被扶養者の特定健康診査の受診意欲を高めるための保険者による取組を推進する。

⑥ 特定健康診査等の効果の検証及び医療費適正化効果の検証

診療報酬明細書及び特定健康診査等の実施状況に関する結果（以下「レセプト等」という。）の分析を行い、特定保健指導を実施することによる特定健康診査における検査値の改善効果及び医療費適正化の効果の検証を進める。

⑦ 特定健康診査の情報等に係る保険者と関係者の連携の推進

労働安全衛生法（昭和 47 年法律第 57 号）に基づき事業者が実施する健康診断の結果の保険者への提供の促進を図る等、特定健康診査の情報等について、保険者と関係者の間の連携を推進する。

⑧ 国庫補助

保険者に対し、特定健康診査等の実施に要する費用の一部を助成する。

⑨ 保険者に対するインセンティブの付与

保険者の特定健康診査等の実施率等に応じて、インセンティブを付与することにより、保険者による特定健康診査等の取組を推進する。

⑩ 保険者別の特定健康診査等の実施率の公表

保険者機能の責任を明確にする観点から、全保険者の特定健康診査等の実施率を引き続き公表する。また、第四期の特定健康診査等実施計画の特定保健指導の実績より、アウトカム評価の達成状況等を把握し、公表する。

(2) 都道府県や市町村の啓発事業の促進及び国による国民運動

保険者による特定健康診査等の取組は、都道府県や市町村を中心とした一般的な住民向けの健康増進対策（ポピュレーションアプローチによる健康増進対策）と相まって、生活習慣病予防の成果を効果的に発揮するものである。

都道府県や市町村によるポピュレーションアプローチの例としては、運動習慣の定着、食生活の

改善に向けた適切な量と質を確保した食事の普及啓発、たばこの健康影響についての知識及び禁煙支援プログラムの普及、生活習慣等に関する特徴の分析及び住民への提供並びに生活習慣を改善していくための特定保健指導の対象を含む住民による自主活動やサークル活動の立ち上げの支援等が考えられる。

国は、特定健康診査等をはじめとする健康診査及び保健指導等の実施率向上等のため、国民一人一人の健康への意識付けに向けた広報活動を強化するとともに、都道府県や市町村における取組に対して適宜助言その他の支援を行うほか、先進的な事例等については広く他の地方自治体に横展開する等の取組を行う。

また、国としても、国民の健康寿命の延伸と健康格差の縮小を図り、健やかで心豊かに生活できる活力ある社会を実現するため、運動、食生活、禁煙及び健診・検診の受診をテーマにスマート・ライフ・プロジェクトを推進し、地方自治体や企業等と協力・連携しながら国民運動を進める。

(3) 効果的な保健事業の推進

① 保険者等によるレセプト等の利活用の促進

健康・医療情報を活用することにより、P D C Aサイクルに沿った効果的かつ効率的な保健事業の実施を推進するため、データヘルス計画の策定等、保険者がレセプト等に基づき分析を行い、当該結果に基づき実施する保健指導を推進する。

② 糖尿病性腎症患者の重症化予防の取組の展開

「糖尿病性腎症重症化予防プログラム」に基づき、レセプト等により抽出した糖尿病性腎症患者（疑いも含む。）であって、生活習慣を改善することにより重症化を予防することが期待される者に対し、保険者等が医療機関及び薬局や地域の医療関係者と連携して保健指導を実施することを推進する。

③ 重複受診者、頻回受診者等に対する訪問指導等

レセプト等により抽出した重複受診者、頻回受診者等に対して訪問指導等を実施することにより、適正受診の促進を図る取組を推進する。

④ 特定保健指導の対象にならない者への対応

特定健康診査を受診した者のうち、服薬者であるため特定保健指導の対象とならないが高血

圧である者等について、特定健康診査の結果に基づき健康の保持増進のために保健指導が必要と認められる者に対する保健指導を推進する。

⑤ 保険者等の連携の促進

各都道府県の保険者協議会における特定健康診査の実施等に関する保険者と関係者間の連絡調整及び医療に要する費用に関する情報についての調査・分析等に関する業務の実施の徹底を図るとともに、都道府県が医療費適正化計画又は医療計画（医療法（昭和 23 年法律第 205 号）第 30 条の 4 第 1 項に規定する医療計画をいう。以下同じ。）を策定する際には保険者協議会の意見を聴くこととされていることも踏まえ、保険者協議会が十分に機能を発揮できるよう取組を行う。

(4) たばこ対策の推進

禁煙希望者に対する禁煙支援、未成年者の喫煙防止対策、受動喫煙防止対策及びたばこによる健康への影響や禁煙についての教育、普及啓発等に取り組む。

また、健康増進法（平成 14 年法律第 103 号）に基づく受動喫煙防止対策の実施等のため、普及

啓発用資料の配付、自治体の取組への補助等を行い、望まない受動喫煙のない社会の実現を目指していく。

(5) 予防接種の推進

予防接種に関する啓発及び知識の普及、予防接種の研究開発の推進及びワクチンの供給の確保等の必要な措置、予防接種事業に従事する者に対する研修の実施等必要な措置並びに予防接種の有効性及び安全性の向上を図るために必要な調査及び研究について着実な実施を図るとともに、副反応疑い報告制度及び予防接種健康被害救済制度について、円滑な運用を行う。

(6) 生活習慣病等の重症化予防の推進

多くの保険者等で取組が推進されるよう、日本健康会議とも連携しつつ、実施に当たっての民間事業者の育成や普及に加え、効果的な事例の収集、取組を広げるための課題の検証や推進方策の検討を行い、保険者等に提供する等の必要な支援を行う。また、高齢者の特性に応じた保健事業や一体的実施を推進する観点から、事業に従事する者に対する研修の実施や効果的な事例の周知等を行う。

(7) 高齢者の心身機能の低下等に起因した疾病予防・介護予防

高齢者に対する疾病予防や介護予防を推進する観点から、広域連合と市町村により推進されている一体的実施の取組を支援するため、好事例の横展開等に取り組む。

(8) その他予防・健康づくりの推進

その他保険者等の予防・健康づくりの取組として、加入者に健康情報を分かりやすく伝える取組や、加入者が自主的に健康づくりに取り組んだ場合等に還元可能なポイントを提供する等の個人の健康づくりに向けた自助努力を喚起する取組が推進されるよう、保険者等に対してインセンティブを付与する等の支援を行う。

2 医療の効率的な提供の推進に関する施策

(1) 病床機能の分化及び連携並びに地域包括ケアシステムの構築

医療費適正化に関する施策についての基本的な方針（令和5年厚生労働省告示第234号）においては、地域医療構想（医療計画に定める地域における将来の医療提供体制に関する構想に関する事項をいう。以下同じ。）における病床機能の分化及び連携の推進の成果を反映し、医療費の見込み

を定めることとしていることを踏まえ、都道府県の地域医療構想に基づく取組の進捗状況の把握及び医療介護総合確保基金を通じた都道府県に対する財政支援等に取り組む。

また、病床機能の分化及び連携を推進するためには、まちづくりの視点にも留意しつつ、患者ができる限り住み慣れた地域で生活を継続できる体制整備を進めることが重要であることから、有料老人ホームやサービス付き高齢者向け住宅など多様な住まいの整備、住み慣れた地域でその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことを可能とする観点からの医療・介護サービス等の充実など、地域包括ケアシステムの構築に関する施策の支援に取り組む。

(2) 後発医薬品及びバイオ後続品の使用促進

医薬品の安定的な供給を基本としつつ、後発医薬品の使用促進を図るため、後発医薬品と先発医薬品の自己負担の差額を加入者に対し通知する取組といった保険者等による後発医薬品及びバイオ後続品の普及及び啓発に係る取組等について、保険者等に対してインセンティブを付与すること等により支援する。また、患者及び医療関係者が安心して後発医薬品及びバイオ後続品を使用することができるよう、患者、医療関係者等に対する啓発資料の作成や情報提供を進めるとともに、安定

供給体制の確保について、医薬品の製造販売業者への指導等を行う。引き続き、後発医薬品のある先発医薬品の選定療養の取扱について周知等を行う。

保険者等別の後発医薬品の使用割合を公表することにより、保険者等の後発医薬品の使用促進を図る。

医薬品の適正使用の効果も期待されるという指摘もあるフォーミュラリの運用について周知を行うとともに、「安定供給の確保を基本として、後発医薬品を適切に使用していくためのロードマップ」（令和6年9月策定）及び「バイオ後続品の使用促進のための取組方針」（同月策定）に掲げられた取組を推進する。

(3) 医薬品の適正使用の推進

保険者等において服用薬の一元的かつ継続的な把握ができるよう、保険者協議会を活用した重複投薬の是正に向けた取組や、処方医と連携したかかりつけ薬剤師・薬局による取組を推進する。

複数種類の医薬品の投与を受けている患者に対して、その服薬状況の分析も踏まえ、保険者協議会を通じた保険者等による医療機関及び薬局と連携した服薬状況の確認及び併用禁忌の防止の取組

を推進する。なお、複数種類の医薬品の投与の適否については、一概に判断できないことに留意する。

これらの取組については、保険者等に対するインセンティブを付与すること等により支援する。

また、医療機関及び薬局における重複投薬等の確認を可能とする電子処方箋の普及促進を行う。

(4) 医療資源の効果的・効率的な活用

効果が乏しいというエビデンスがあることが指摘されている医療や医療資源の投入量に地域差がある医療については、エビデンス等を継続的に収集・分析し、都道府県が取り組むべき目標等の追加を検討する。

リフィル処方箋については、都道府県において、保険者、都道府県、医師、薬剤師などによる必要な取組を検討し、実施することにより活用を進める必要があることを踏まえ、具体的な指標の設定を検討し、必要な対応を速やかに行う。

(5) 医療・介護の連携を通じた効果的・効率的なサービス提供の推進

医療と介護の両方を必要とする状態の高齢者が、住み慣れた地域で自分らしい暮らしを続けるこ

とができるよう、地域の医療・介護の関係機関が連携して、包括的かつ継続的な在宅医療・介護を提供する。

関係機関が連携し、多職種協働により在宅医療・介護を一体的に提供できる体制を構築するため、都道府県における管内の課題の把握、必要なデータの分析・活用支援、管内の取組事例の横展開等の取り組みを支援する。

今後更なる増加が見込まれる高齢者の^{たい}大腿骨骨折等の骨折対策については、低栄養や身体的フレイルとの関連があることから、それらの改善に向けた保健指導に早期から取り組むことで低栄養や身体的フレイルの重症化を予防する取り組みを支援する。また、早期に治療を開始するための壮年期からの骨粗^{しょう}鬆症検診の受診率の向上、機能予後等を高めるための骨折手術後の早期離床の促進、介護施設等の入所者等を含めた退院後の継続的なフォローアップ、二次性骨折を予防するための体制整備等を行う。

第四 都道府県医療費適正化計画における地域の課題を踏まえた医療費適正化に資する特徴的な施策

医療費適正化を推進していくためには、特定健康診査等の推進や後発医薬品の使用促進のみならず、地

域の課題を踏まえ、生涯を通じた予防や健康管理の取組等、総合的な取組の推進が必要である。第三の三に掲げる施策に加え、都道府県医療費適正化計画においては、地域の課題も踏まえて、以下のような特徴的な取組を推進することとされている。

一 住民の健康づくり等の推進

1 乳幼児期からの健康づくりの推進

乳幼児に対する健康診査や学校教育活動等の機会を活用し、こどもの適正体重の管理及び朝食の摂取等に関する親世代への働きかけの促進を図るとともに、乳幼児期からの基本的生活習慣の確立やこどもの頃からの食育を推進する取組

2 健康な食生活の推進

生活習慣病の予防のため、食塩摂取量の減少、野菜摂取量の増加等、適切な量と質を確保した食事の普及啓発を図るとともに、食品関連事業者等と連携して誰もが自然に健康になれる食環境づくりを推進する取組

3 がん検診の推進

都道府県医療費適正化計画と連携して、都道府県がん対策推進計画（がん対策基本法第 12 条第 1 項に規定する都道府県がん対策推進計画をいう。）に基づき、がん検診の受診率向上に向けた環境整備やがん予防に係る普及啓発を行う取組

二 高齢者の健康づくり等の推進

1 高齢者の社会活動等の推進

高齢者の就業機会の確保、生涯学習の充実、ライフステージに応じたスポーツ活動の促進を支援すること等により、高齢者の社会活動等の推進を図る取組

2 歯と口腔^{くう}の健康づくりの推進

かかりつけ歯科医の普及や 8020 運動を引き続き推進し、歯と口の機能を維持することで、高齢者の誤嚥^{えん}性肺炎、低栄養等の予防を図るため、口腔^{くう}ケアに係る体制整備及び定期的な歯科検診の受診等を促進するとともに、歯科口腔保健の推進に関する法律（平成 23 年法律第 95 号）に基づき生涯にわたる歯と口腔^{くう}の健康づくりに関する施策を総合的に推進する取組

3 フレイル・ロコモティブシンドローム対策の推進

フレイルやロコモティブシンドローム（運動器症候群）に関する周知及び住民の通いの場づくりによる高齢者の健康づくり・介護予防を推進する取組

第五 計画の推進

一 関係者の連携及び協力による計画の推進

本計画は、保険者等や医療機関といった多様な主体が、互いに連携しながら、国民の生活の質の維持・向上、安心・信頼の医療の確保、生活習慣の予防等の推進に向け、それぞれが担当すべき取組を進めていく必要がある。

このため、国は、国民の健康の保持の推進に関しては都道府県、保険者等、健康診査・保健指導の実施機関等と、医療の効率的な提供の推進に関しては都道府県、医療機関、介護サービス事業者等と情報交換を行うとともに、必要な連携及び協力を努めることとする。

また、法第9条第9項及び第10項の規定により、都道府県は、都道府県医療費適正化計画に基づく施策の実施に関して必要があると認め、保険者等、医療機関等に対して必要な協力を求める場合は、保険者協議会を通じて協力を求めることができることとされている。医療費適正化の推進に向け、保険者

協議会等を積極的に活用することが期待されることから、国は、保険者協議会の体制及び運営について、必要に応じ、助言及び協力に努めることとする。

二 計画の達成状況の評価

国は、毎年、進捗状況の管理を行い、適切な分析及び対応を行ういわゆるPDCAサイクルに基づく管理を行う。

1 進捗状況公表

国は、計画に掲げた目標の達成に向けた進捗状況を把握するため、法第 11 条第 5 項の規定により、年度（計画最終年度及び実績評価を行った年度を除く。）ごとに本計画の進捗状況を公表する。

2 進捗状況に関する調査及び分析等

国は、第五期医療費適正化計画の作成に資するため、法第 11 条第 6 項の規定により、計画期間の最終年度である令和 11 年度に計画の進捗状況に関する調査及び分析を行い、その結果を公表する。

また、計画期間において、国民の健康の保持の推進に関する目標及び医療の効率的な提供の推進に関する目標を達成できないと認める場合又は国における医療に要する費用が国の医療に要する費用の目

標を著しく上回ると認める場合には、法第 11 条第 7 項の規定により、その要因を分析するとともに、当該要因の解消に向けて、保険者等、医療機関その他の関係者と協力して必要な対策を講じる。

3 実績評価

本計画の計画期間の終了年度の翌年度（令和 12 年度）に、第三の二の 1 及び 2 の目標の達成状況及び第三の三の施策の実施状況に関する調査及び分析を行い、本計画の実績に関する評価を行う。

都道府県が行う都道府県医療費適正化計画の実績評価及びこれまでの全国レベルでの評価等を踏まえ、国全体としての評価を行う。