

第 189 回社会保障審議会医療保険部会 議事次第

令和 6 年 12 月 12 日（木）
10 時 00 分～12 時 30 分
場 所： 全 国 都 市 会 館

（ 議 題 ）

1. 被用者保険の適用拡大及びいわゆる「年収の壁」への対応について
2. 医療保険制度改革について
3. 医療DXの推進等について

（ 配布資料 ）

- 資 料 1 被用者保険の適用拡大及びいわゆる「年収の壁」への対応について
資 料 2 医療保険制度改革について
資 料 3 医療DXの推進等について

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	東洋大学福祉社会デザイン学部教授
うちぼり まさお 内堀 雅雄	全国知事会社会保障常任委員会委員長／福島県知事
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 りゆうた 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

被用者保険の適用拡大 及び いわゆる「年収の壁」への対応について

厚生労働省 保険局

Ministry of Health, Labour and Welfare of Japan

1 被用者保険の適用拡大

2 いわゆる「年収の壁」への対応

3 被用者保険の適用拡大による市町村国保への影響

短時間労働者及び個人事業所の被用者保険の適用範囲の見直しの方向性案

「働き方の多様化を踏まえた被用者保険の適用の在り方に関する懇談会」及び年金部会・医療保険部会の議論を踏まえ、以下のような方向性としてはどうか。

労働時間要件

雇用保険の適用拡大に伴い本要件を引き下げるべきとの意見があった一方で、**保険料や事務負担の増加**という課題は対象者が広がることでより大きな影響を与え、また、雇用保険とは異なり、**国民健康保険・国民年金というセーフティネットが存在する国民皆保険・皆年金の下では、事業主と被用者との関係性を基盤として働く人々が相互に支え合う仕組みである被用者保険の「被用者」の範囲をどのように線引きするべきか議論を深めることが肝要**であり、こうした点に留意しつつ、**雇用保険の適用拡大の施行状況等も慎重に見極めながら検討を行う必要がある**等の意見があったことから、**今回は本要件を見直さないこととしてはどうか。**

賃金要件

就業調整の基準として意識されていること、**最低賃金の引上げに伴い労働時間要件を満たせば本要件を満たす地域や事業所が増加していることを踏まえ、本要件についてどう考えるか。**

学生除外要件

就業年数の限られる学生を被用者保険の適用対象とする意義は大きくない、**適用対象とする場合には実務が煩雑になる等の意見があったことから、今回は本要件を見直さないこととしてはどうか。**

企業規模要件

経過措置として設けられた本要件については、**労働者の勤め先や働き方、企業の雇い方に中立的な制度を構築する観点から、撤廃することとしてはどうか。**併せて、事業所における事務負担や経営への影響、保険者の財政や運営への影響等に留意し、**必要な配慮措置や支援策を講じることとしてはどうか。**

個人事業所

常時5人以上の従業員を使用する個人事業所における**非適用業種**については、**労働者の勤め先等に中立的な制度を構築する観点等から、解消することとしてはどうか。**併せて、事業所における事務負担や経営への影響、保険者の財政や運営への影響等に留意し、**必要な配慮措置や支援策を講じることとしてはどうか。**他方で、**常時5人未満の従業員を使用する個人事業所については、本来的には適用すべきとの意見があった一方で、対象事業所が非常に多く、その把握が難しいと想定されること、国民健康保険制度への影響が特に大きいこと等から、慎重な検討が必要との意見もあったことから、今回は適用しないこととしてはどうか。**

第186回医療保険部会における賃金要件に対するご意見

文責：事務局

- ・ いわゆる「106万円の壁」に関わるものであり、最低賃金額の単価による週20時間の就業で既に8.8万円を超えているのが12都府県ある一方で、8.8万円未満が35道県あり、引き下げは今以上に就業調整の拡大や人手不足の誘因となることが懸念される。また、短時間労働者の出入りが多い事業者等にとって、保険加入や保険料納付に係る事務負担の増加が、経営にどのような影響を与えるかなどについて、引き続き検討を深めていくべき。撤廃する場合には、全国47都道府県で8.8万円を超える状況の達成を前提とするべき。
- ・ 雇用形態や勤務先の規模、企業規模や業種によって被用者保険の適用の有無が変わることについては不合理であるとの観点から、賃金要件、企業規模要件を撤廃すべき。
- ・ 雇用の在り方に中立的な制度としていく観点から、企業規模要件の撤廃や5人以上従業員の個人事業所における非適用業種の解消については、その方向で検討を進めるべき、賃金要件については、全国の最低賃金の引き上げ状況なども勘案しながら判断するということが必要。
- ・ 今後の本格的な人口減少に伴って就業者の減少が懸念される中で、社会保障制度の維持の観点からも担い手を増やしていくことが必要であり、方向性に異論はないが、さらなる適用拡大によって、特に短時間労働者を多く抱える業種の健保組合の財政的な負担が増えることも考えられるため、健保組合の財政影響についても十分留意をいただいて、必要な財政支援をお願いしたい。
- ・ 適用拡大について、就労形態が多様化し、より多様な方が労働参画をすることが必要となる中で、働き方に中立な制度を構築していく観点から適用拡大には賛成。今回、残された時間要件なども今後の適用拡大の状況を踏まえて、さらに見直しを進めていくべき。
- ・ 最低賃金の上昇により、8.8万円未満の人たちが少なくなっていくことも理解するが、特に小規模保険者においては、保険者としての存続に大きく影響してしまうのではないかと。小規模保険者に与える影響や、それに対しての保険者の不安、現場の不安というものを勘案すると、すぐに撤廃ということではなく、そのまま据え置きということ強く望みたい。
- ・ 被用者保険の適用拡大の議論においては、国保の安定的な財政運営や保険者機能の堅持という観点を踏まえた上で、国保関係者の理解と納得を得ながら対応すべき。

① 賃金要件の撤廃

- 最低賃金の引上げの動向を踏まえると、数年のうちに週20時間の労働で賃金要件を基本的に満たすことになると考えられることから、賃金要件を設けることの必要性が薄れており、撤廃してもよいのではないかと。
- 元来、被用者保険の加入要件は、1週間の労働時間及び1か月の労働日数が通常の労働者の4分の3以上と労働時間で判断しており、労働時間のみで判断することがあるべき姿なのではないかと。
- 「壁」という言葉が国民の間の誤解さらには就業調整を誘発しかねないことには、十分な注意が必要。8.8万円という数字をなくすことで国民に向けてより簡明なメッセージを発することになることに鑑み撤廃が適当。
- 都道府県労働局長の許可を得て、最低賃金を減額することができる特例があるが、賃金要件を撤廃する際には、特例対象となっている障害者などへの影響についても配慮が必要ではないかと。

② 週20時間労働でも最低賃金の関係で賃金要件を満たさない場合がありうることを踏まえた撤廃の時期の配慮

- 今後の最低賃金の動向次第ではあるが、撤廃する場合には全国47都道府県で8.8万円を超える状況の達成を前提とすべきではないかと。
- 賃金要件を現時点で撤廃するには議論が足りていない。最低賃金が低い地域で暮らす、106万円未満の年収の人が、106万円以上の年収の人と同額の保険料となり、年収の低い人の負担が高まるのではないかと。

③ 適用拡大のメリットの周知の必要性

- 賃金要件を撤廃すべきと考えるが、週19時間あたりで就業調整する人が増えないか懸念もある。適用拡大により、将来の年金が増加するメリットもあることについて、さらなる周知・啓発も必要ではないかと。

見直しの方向性案

就業調整の基準として意識されていること、最低賃金の引上げに伴い労働時間要件を満たせば本要件を満たす地域や事業所が増加していることを踏まえ、本要件を撤廃することとしてはどうか。その際、最低賃金の動向次第では週20時間の所定労働時間であっても賃金要件を満たさない場合がありえることから、撤廃の時期に配慮する必要がある等の意見があったことも踏まえ、賃金要件の撤廃によって保険料負担が相対的に過大とならないよう、最低賃金の動向を踏まえつつ、本要件撤廃の時期に配慮してはどうか。また、最低賃金の減額の特例の対象となる賃金が月額8.8万円未満の短時間労働者については、希望する場合に、事業主に申し出ることで任意に被用者保険に加入できる仕組みとしてはどうか。

短時間労働者に係る被用者保険の適用要件の見直し案のイメージ

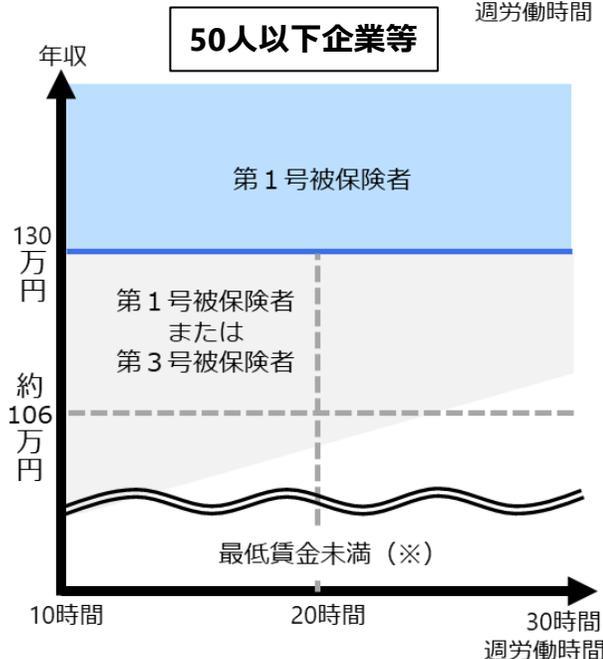
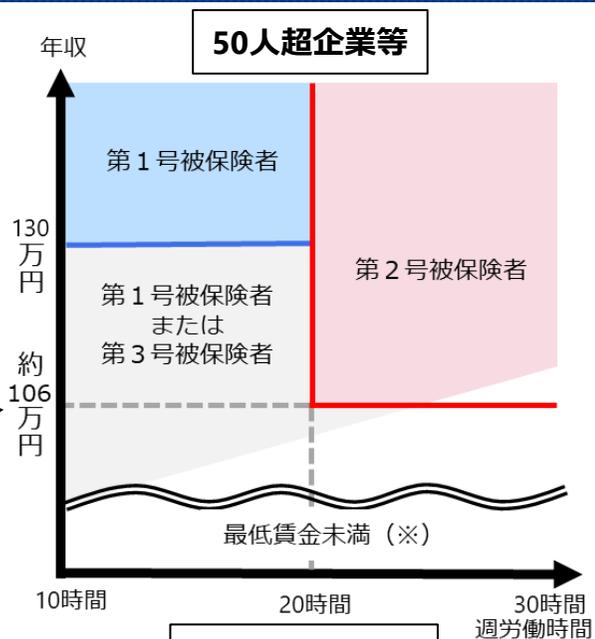
令和6年12月10日

第23回社会保障審議会
年金部会

資料1

<見直し前>

いわゆる「年収の壁」であり、就業調整の基準として意識される



企業規模の違いにより被用者保険の適用範囲が異なることによって、勤め先の選択に影響

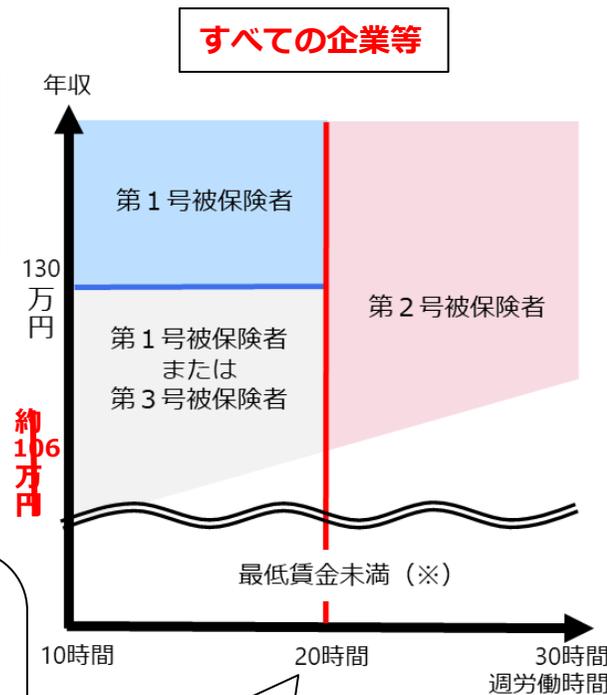
<見直し後>

企業規模にかかわらず、被用者保険の適用範囲が同じになるため、勤め先の選択に影響を与えない



就業調整の基準となる金額がなくなることで

- ・ 年収を意識する必要がなくなる
- ・ 賃上げに伴う就業調整が生じなくなる



年収にかかわらず、週20時間以上の労働で被用者保険が適用

注：学生は引き続き除外

(※) 最低賃金未満においては、最低賃金との関係で基本的に被保険者はいないものと考えられる。

「働き方の多様化を踏まえた被用者保険の適用の在り方に関する懇談会」及び年金部会・医療保険部会の議論を踏まえ、以下のような進め方としてはどうか。

<見直しの方向性>

<進め方の考え方>

賃金要件の撤廃

最低賃金の引上げに伴い労働時間要件を満たせば本要件を満たす地域や事業所が増加していることを踏まえ、本要件を撤廃してはどうか。その際、最低賃金の動向を踏まえつつ、本要件撤廃の時期に配慮してはどうか。

企業規模要件の撤廃

本要件の撤廃の際に、短時間労働者が適用の対象となる事業所は50人以下の中小事業所であり、配慮が必要なことから、十分な周知・準備期間を確保してはどうか。

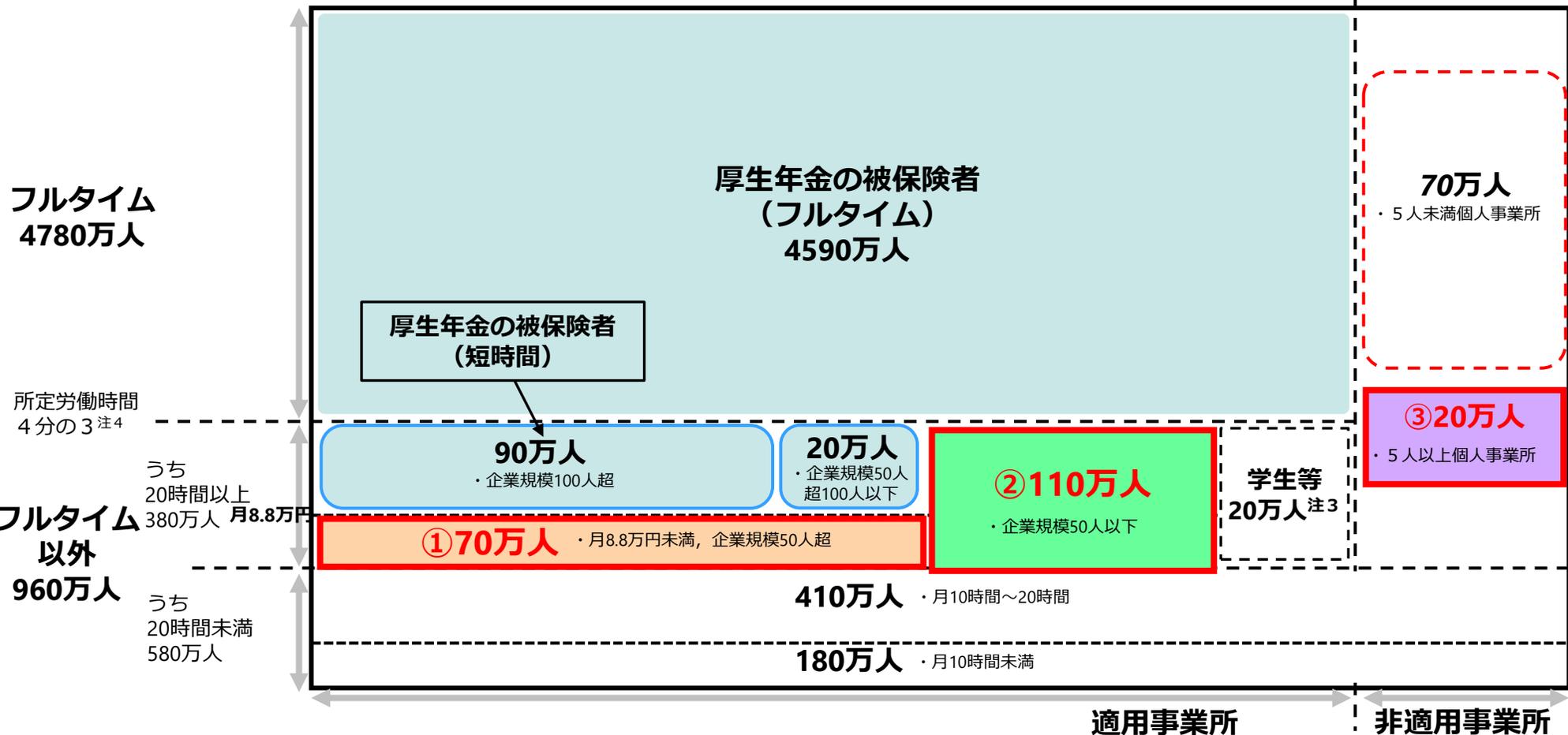
非適用業種の解消

新たに被用者保険の適用事業所となり、短時間労働者のみならず、いわゆるフルタイム相当の通常の労働者も適用対象となることから、さらに十分な周知・準備期間を確保してはどうか。

適用範囲のイメージ図 (2024年度時点)

【雇用者全体】 5740万人
(2023年度時点、70歳以上除く)

- ① 70万人・・・賃金要件撤廃
- ② 110万人・・・企業規模要件撤廃
- ③ 20万人・・・5人以上個人事業所の非適用業種の解消



注1. 「労働力調査2023年平均」、「令和4年公的年金加入状況等調査」、「令和4年就業構造基本調査」、「令和3年経済センサス」等の特別集計等を用いて推計したものの。

注2. 斜体字は、「令和3年経済センサス」等を基にした推計値であり、他の数値と時点が異なることに留意が必要。

注3. 学生等には、雇用契約期間2ヶ月以下の者（更新等で同一事業所で2ヶ月以上雇用されている者は除く）が含まれている。

注4. 通常の労働者の週所定労働時間は、「令和5年就労条件総合調査」における労働者1人平均の値（39時間04分）としている。

適用拡大による医療保険財政への影響（試算）：①「賃金要件」の撤廃

前提：①「賃金要件」の撤廃

【財政への影響】

（単位：億円）

	協会けんぽ	健保組合	共済組合	市町村国保
収入	+420	+420	-	▲730
保険料収入	+380	+420	-	▲120
公費	+40	-	-	▲610
国負担	+40	-	-	▲400
地方負担	-	-	-	▲200
支出	+420	+640	▲110	▲900
収入－支出	0	▲220	110	170

【加入者数への影響】

（単位：万人）

	協会けんぽ	健保組合	共済組合	市町村国保
被保険者	+30	+40	-	▲30
被扶養者	▲20	▲15	▲5	-
加入者	+10	+20	▲5	▲30

（※1）影響額・人数は満年度ベース

（※2）上記の数値は、医療・介護分に係る収支。

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

（※4）人数は5万人単位、金額は10億円単位で四捨五入している。

適用拡大による医療保険財政への影響（試算）：②「企業規模要件」の撤廃

前提：②「企業規模要件」の撤廃

【財政への影響】

（単位：億円）

	協会けんぽ	健保組合	共済組合	市町村国保
収入	+2,070	+120	－	▲1,720
保険料収入	+1,800	+120	－	▲600
公費	+270	－	－	▲1,110
国負担	+270	－	－	▲800
地方負担	－	－	－	▲310
支出	+2,400	▲310	▲170	▲1,840
収入－支出	▲330	440	170	130

【加入者数への影響】

（単位：万人）

	協会けんぽ	健保組合	共済組合	市町村国保
被保険者	+105	+5	－	▲55
被扶養者	▲20	▲25	▲10	－
加入者	+80	▲15	▲10	▲55

（※1）影響額・人数は満年度ベース

（※2）上記の数値は、医療・介護分に係る収支。

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

（※4）人数は5万人単位、金額は10億円単位で四捨五入している。

適用拡大による医療保険財政への影響（試算）：③「非適用業種」の解消

前提：③「非適用業種」の解消

【財政への影響】

（単位：億円）

	協会けんぽ	健保組合	共済組合	市町村国保
収入	+860	—	—	▲1,160
保険料収入	+750	—	—	▲610
公費	+110	—	—	▲550
国負担	+110	—	—	▲440
地方負担	—	—	—	▲110
支出	+1,040	+20	+10	▲1,030
収入－支出	▲180	▲20	▲10	▲120

【加入者数への影響】

（単位：万人）

	協会けんぽ	健保組合	共済組合	市町村国保
被保険者	+20	—	—	▲25
被扶養者	+10	—	—	—
加入者	+30	—	—	▲25

（※1）影響額・人数は満年度ベース

（※2）『「非適用業種」の解消』については、非適用業種のうち5人以上個人事業所が対象。すべて協会けんぽに適用されると仮定している。

（※3）上記の数値は、医療・介護分に係る収支。

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

（※5）人数は5万人単位、金額は10億円単位で四捨五入している。

適用拡大による医療保険財政への影響（試算）：① + ② + ③

前提：①「賃金要件」の撤廃 + ②「企業規模要件」の撤廃 + ③「非適用業種」の解消

【財政への影響】

（単位：億円）

	協会けんぽ	健保組合	共済組合	市町村国保
収入	+3,350	+540	-	▲3,600
保険料収入	+2,930	+540	-	▲1,340
公費	+420	-	-	▲2,270
国負担	+420	-	-	▲1,640
地方負担	-	-	-	▲630
支出	+3,860	+350	▲280	▲3,770
収入 - 支出	▲510	+190	+280	+170

【加入者数への影響】

（単位：万人）

	協会けんぽ	健保組合	共済組合	市町村国保
被保険者	+155	+45	-	▲110
被扶養者	▲30	▲40	▲15	-
加入者	+125	+5	▲15	▲110

（※1）影響額・人数は満年度ベース

（※2）『「非適用業種」の解消』については、非適用業種のうち5人以上個人事業所が対象。すべて協会けんぽに適用されると仮定している。

（※3）上記の数値は、医療・介護分に係る収支。

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

（※5）人数は5万人単位、金額は10億円単位で四捨五入している。

- 1 被用者保険の適用拡大
- 2 **いわゆる「年収の壁」への対応**
- 3 被用者保険の適用拡大による市町村国保への影響

第186回医療保険部会における保険料負担割合を変更できる特例に対するご意見

文責：事務局

- ・ 現行の健保組合の特例は大企業での活用と考えられるが、負担率を上げられる中小企業が多いとは思えない。待遇格差を助長し、人材の流出を深刻化させるだけではないか。また、社内で差をつけることなど、従業員の少ない企業ではあり得ない。特例が適用される範囲で働こうという就業調整の要因にもなり得る。こうしたことから、この提案には賛成しかねる。また、「年収の壁」への対応策の検討に当たっては、労働者の負担軽減だけでなく、中小企業における保険料負担の軽減策についてもお願いしたい。
- ・ 労使折半の原則との関係や、適用できる中小企業はどのぐらいあるのか、企業の中で格差が出てしまうことをどう考えるのか。特に中小の方々の声に真摯に耳を傾けて検討すべき。
- ・ 保険料負担割合の変更については、特に中小企業において事業主の保険料負担や手続の事務負担が大きく増えるといったことに留意をお願いしたい。
- ・ 健保組合において確かに特例は認められているが、全ての被保険者に同一の負担割合を課すものであって、特定の標準報酬月額の方に限って負担割合を変更することは、システム改修対応や事務負担の増加が極めて重い。仮に今回のような特例を行うこととなった場合、最低限「恒久的でない時限的な対応」とするのは不可欠。本質的な対応案も併せて検討しなければ、真の解決策にはならないのではないか。
- ・ 育児休業導入時、最初は本人負担分を免除して、その後、事業主負担分も免除するようになった。また、健康保険ができたとき、労災の部分も含めて一定の計算式でやると折半が合理的だという説明もされていたが、現在、労災の部分は抜けていることから、絶対的ではないのではないか。日本がかつて参考にしてきた大陸ヨーロッパの社会保険も当初は労使折半からスタートして、労使関係の中で労働者に有利にということによって変わってきた。一定の合理的な政策目的があれば、場合によれば労使折半というのも絶対ではないのではないか。
- ・ 特定の人たちを有利に扱うということが、公平性という点にどのように影響を与えるかということ、労使対等原則の下での合意という点から、保険者をはじめとする当事者の方たちの考えが重要。

就業調整に対応した保険料負担割合を任意で変更できる特例（案）

令和6年12月10日

第23回社会保障審議会
年金部会

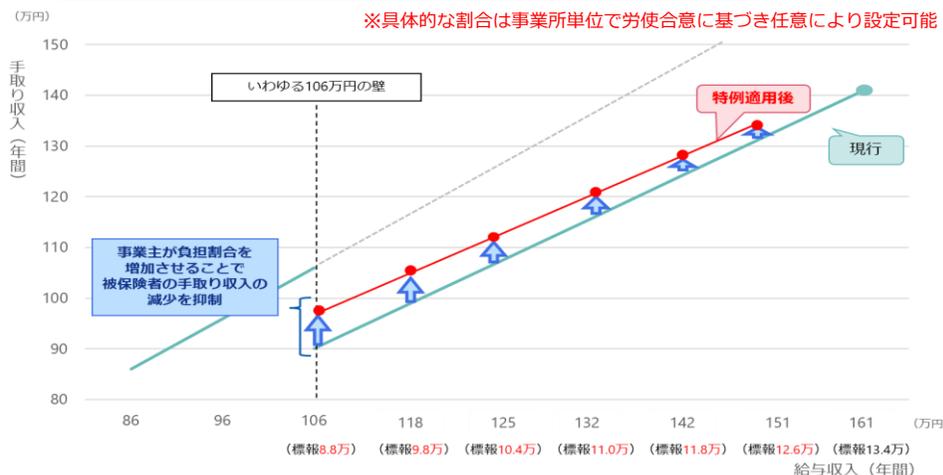
資料1
(一部
改変)

負担割合の特例については様々な意見があり整理する必要があるが、仮に導入する場合は以下のようなものが考えられるのではないかと。

【見直しの方向性】

- 現行制度では、被用者保険の保険料は原則として労使折半であるが、健康保険法（健康保険組合の保険料の負担割合の特例）において、事業主と被保険者とが合意の上、健康保険料の負担割合を被保険者の利益になるように変更することが認められている。一方で、厚生年金保険法においては健康保険法のような保険料の負担割合の特例に関する規定はない。
 - 被用者保険の適用に伴う保険料負担の発生・手取り収入の減少を回避するために就業調整を行う層に対し、健康保険組合の特例を参考に、被用者保険（厚生年金・健康保険）において、任意で従業員と事業主との合意に基づき、事業主が被保険者の保険料負担を軽減し、事業主負担の割合を増加させることを認める特例を設けてはどうか。
 - 労使折半の原則との関係で例外的な位置づけであること等を踏まえて、時限措置とすることとしてはどうか。
 - 現行の健康保険法では、当該特例は健康保険組合のみに認められるものであるところ、協会けんぽについても同様の特例を導入してはどうか。
- ※ 検討に当たっては、より広く活用されるような環境整備が必要。
- ① 給付について
 - ・ 本特例を利用していても保険料負担の総額は変わらないため、本特例の適用を受ける者の給付は現行通り。
 - ② 保険料負担について
 - ・ 本特例を利用した場合、労使の判断で、被保険者本人の保険料負担を軽減し、被用者保険の適用に伴う手取り収入の減少を軽減できる。ただし、事業主が保険料全額を負担し、被保険者負担をなくすことは認めない。
- ※ 健康保険は被保険者間の相互扶助に基づく制度であるため、健康保険組合の特例においても、受益者である被保険者本人の負担をなくすこと（労働者0%・事業主100%）は認められていない。

□ 特例適用後の手取り収入のイメージ



□ 特例の適用範囲について

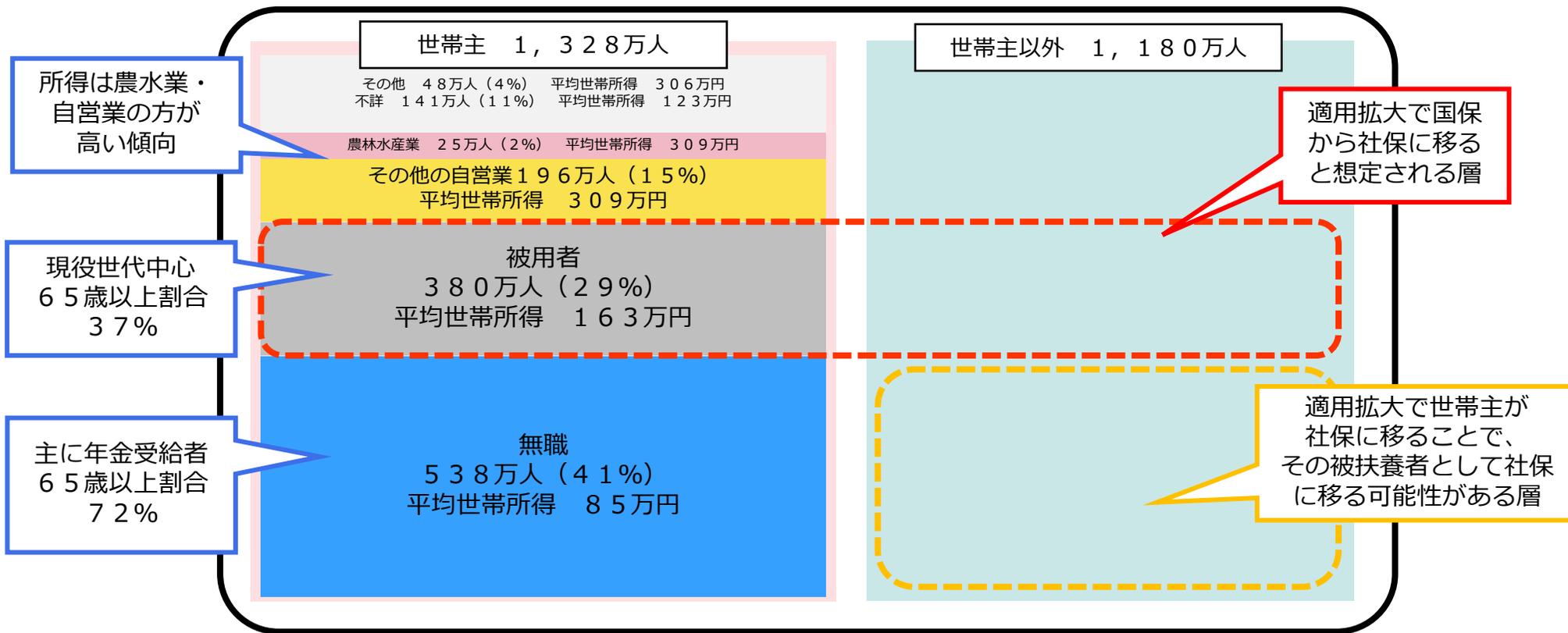
- 労使折半の原則を踏まえ、必要と考えられる者に限った措置とする観点から、本特例の適用範囲は、最低賃金の近傍で就労し、被用者保険の適用に伴う「年収の壁」を意識する可能性のある短時間労働者に限定することを念頭に検討。（最大12.6万円の標準報酬月額を想定）
- 本特例の適用を受ける被保険者の負担割合について、
 - ・ 同一の等級に属する者同士で揃えることとしつつ、
 - ・ 等級毎の具体的な割合は、事業所単位で労使合意に基づき任意に設定可能とする。（健康保険組合の事業所においても設定可能）
- 本特例を利用する事業所において、厚生年金保険料と健康保険料のうちどちらか一方にだけ本特例を適用することや、両方ともに本特例を適用しつつ、負担割合を別々に設定することを可能とする。
- 賞与についても本特例の対象とすることを可能とする。

- 1 被用者保険の適用拡大
- 2 いわゆる「年収の壁」への対応
- 3 被用者保険の適用拡大による市町村国保への影響**

市町村国保の世帯の状況

- 市町村国保の世帯について世帯主の職業別に内訳をみると、無職が41%で高齢者中心、被用者は29%で現役世代中心。
- 世帯の平均所得をみると、その他の自営業、農林水産業で高くなっており、無職、被用者の世帯で相対的に低くなっている。
- 被用者保険の適用拡大によって国保から異動するのは、被用者、無職が主に想定される。

市町村国保 加入者数 2,508万人



(出典) 厚生労働省保険局「国民健康保険実態調査」(令和4年度)

※ここでいう「所得」とは、「総所得金額及び山林所得金額」に「雑損失の繰越控除額」と「分離譲渡所得金額」を加えた所得総額(基礎控除前)に相当するものである。

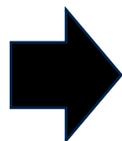
※平均世帯所得については、所得総額を世帯数で除して算出した世帯の平均額である。

これまでの被用者保険の適用拡大による市町村国保の異動数・財政影響

	被用者保険の適用拡大の内容 (変更点は下線)	国保から異動する 被保険者数	財政影響 (※2)
平成24年制度改正	<ul style="list-style-type: none"> 週20時間以上 月額賃金8.8万円以上(年収106万円以上) 勤務期間1年以上 学生を除外 従業員501人以上の企業に適用 	▲15万人	+40億円
令和2年制度改正	<ul style="list-style-type: none"> 週20時間以上 月額賃金8.8万円以上(年収106万円以上) 勤務期間<u>2か月超</u> 学生を除外 従業員<u>50人超の企業</u>に適用 <u>土業の個人事業所を適用業種に追加</u> 	▲40万人	0億円
今回(案)	<ul style="list-style-type: none"> 週20時間以上 <u>賃金要件撤廃</u> 勤務期間2か月超 学生を除外 <u>企業規模要件撤廃</u> <u>5人以上個人事業所の非適用業種解消</u> 	▲110万人 (<ul style="list-style-type: none"> ○賃金要件 ▲30万人 ○企業規模要件 ▲55万人 ○非適用業種解消 ▲25万人)	+170億円

※1 異動、財政影響は各法改正時の医療保険部会で示した推計値

※2 「+」は財政改善を示す。



- 従前の改正と比較して、今回の見直し案において、国保から異動する被保険者数が多い。
- こうした被保険者数の減少に対しては、保険料水準統一、事務の効率化等の取組を進めるとともに、個別の保険者への影響も注視。
- 国保の構造的な課題への対応については、今後の制度改革の中で検討。

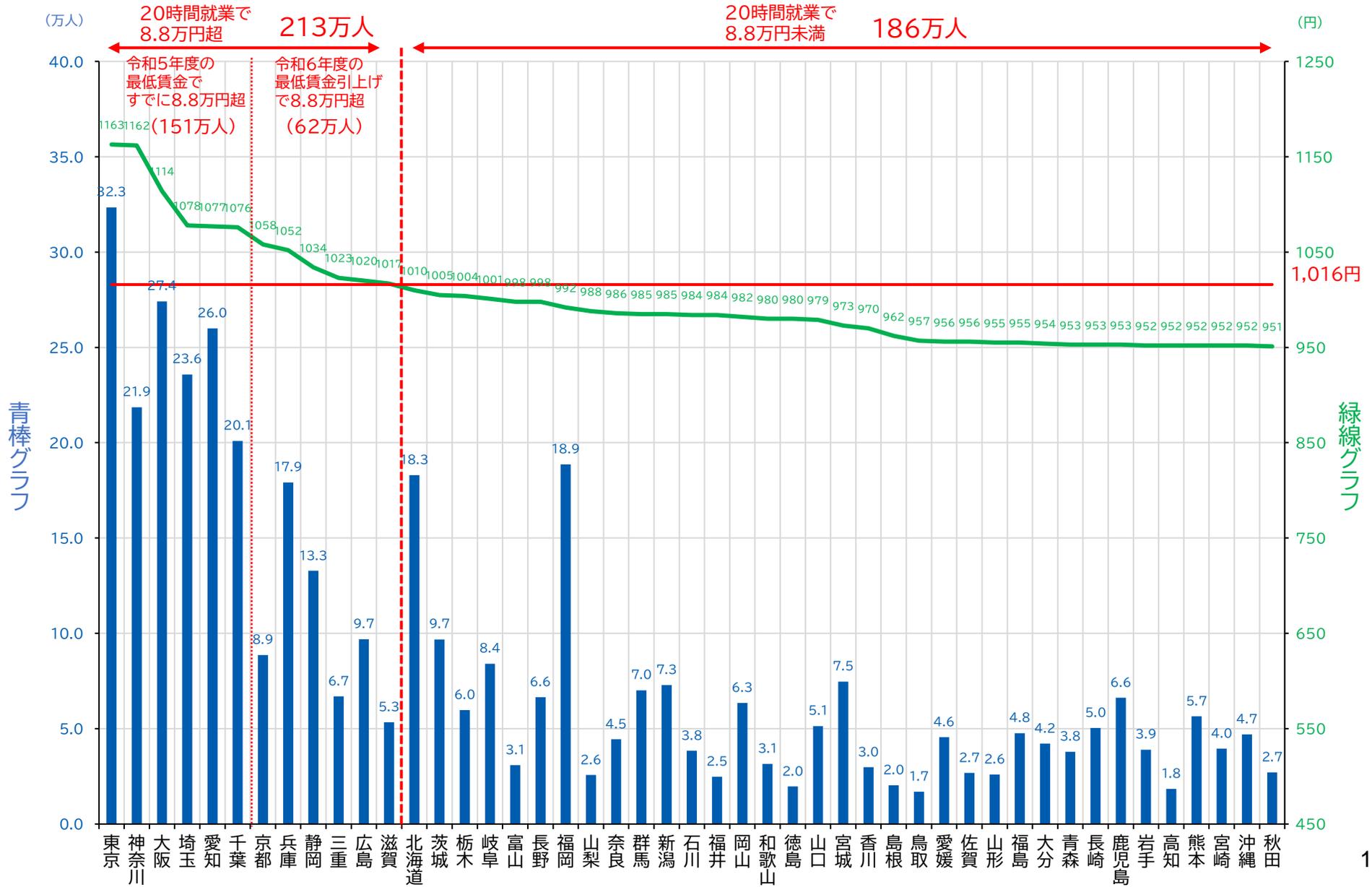
参考資料



都道府県別週20～30時間就業する非正規職員と最低賃金

令和6年12月10日
第23回社会保障審議会
年金部会
資料1

青棒グラフ:「令和4年就業構造基本調査」における非正規職員かつ週間就業時間20～30時間の者の人数
緑線グラフ:令和6年度における最低賃金



最低賃金減額特例許可制度について

最低賃金を一律に適用するとかえって雇用機会を狭めるおそれなどがあることから、次の労働者については、使用者が都道府県労働局長の許可を受けることを条件として個別に最低賃金の減額の特例が認められている。（最低賃金法第7条）

- (1) 精神又は身体の障害により著しく労働能力の低い方
- (2) 試の使用期間中の方
- (3) 基礎的な技能等を内容とする認定職業訓練を受けている方のうち厚生労働省令で定める方
- (4) 軽易な業務に従事する方
- (5) 断続的労働に従事する方

【許可件数の推移】

		H28	H29	H30	R1	R2	R3	R4	R5
精神又は身体の障害により著しく労働能力の低い者	精神	452	376	452	430	361	371	359	295
	知的	3,273	2,789	3,448	2,784	2,375	2,820	2,441	2,137
	身体	187	172	216	164	149	163	122	121
試の使用期間中の者		0	0	0	0	0	0	0	0
職業能力開発促進法に定める職業訓練を受ける者		0	0	0	4	3	0	0	0
軽易な業務に従事する者		9	17	15	13	4	8	4	3
断続的労働に従事する者		6,974	7,902	9,526	10,094	9,451	7,770	7,610	9,485

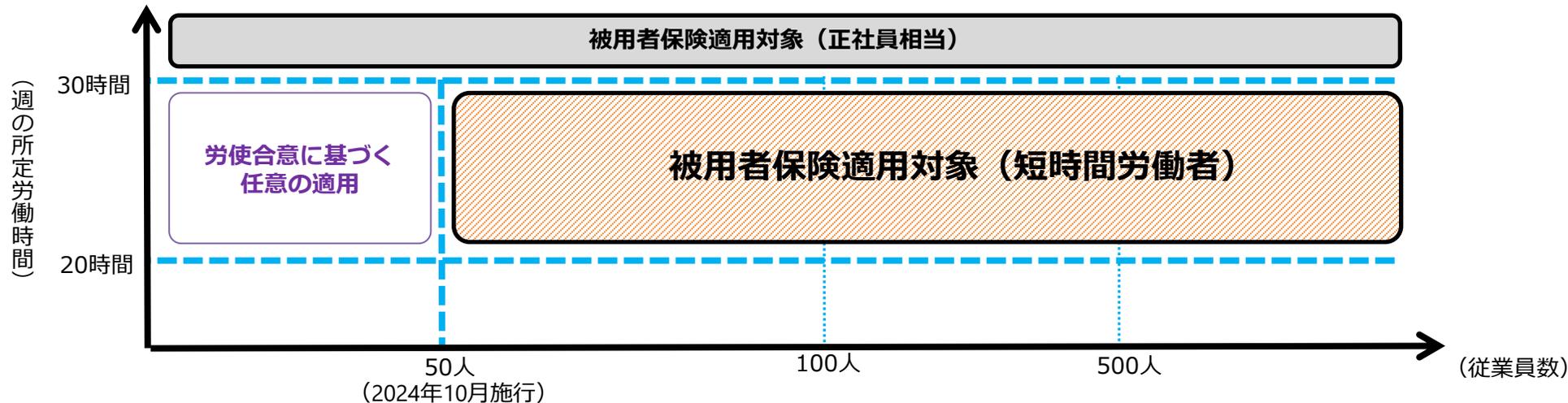
短時間労働者の企業規模要件を撤廃した場合のイメージ

令和6年12月10日

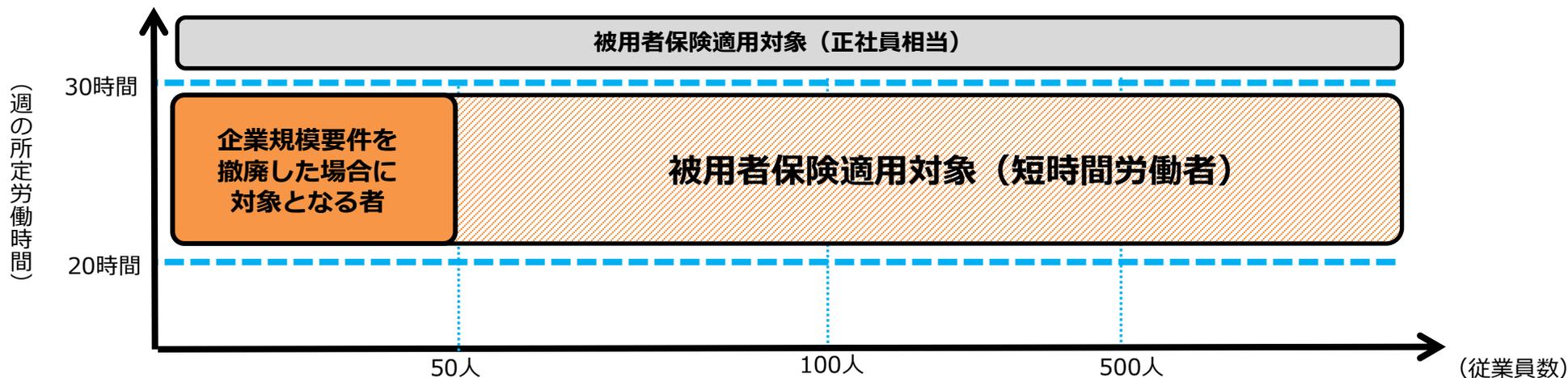
第23回社会保障審議会
年金部会

資料 1

【現行制度】



【企業規模要件を撤廃した場合】



個人事業所に係る被用者保険の適用範囲の見直しイメージ

令和6年12月10日
第23回社会保障審議会
年金部会

資料1

【現行】

	法人	個人事業主	
		常時5人以上の者を使用する事業所	5人未満の事業所
法定17業種	適用対象		適用対象外
上記以外の業種（非適用業種） 例：農業・林業・漁業、 宿泊業、飲食サービス業 洗濯・理美容・浴場業、娯楽業 デザイン業、警備業、ビルメンテナンス業 政治・経済・文化団体、宗教等			任意包括適用

非適用業種の解消に伴い
適用対象となる事業所

【常時5人以上の個人事業所の非適用業種を解消した場合】

	法人	個人事業主	
		常時5人以上の者を使用する事業所	5人未満の事業所
全業種	(A) 適用対象	(B)	適用対象外 (C) 任意包括適用

【被用者保険の適用事業所（見直し後）】

- (A) 常時1人以上使用される者がいる、法人事業所 . . . **適用対象**
- (B) 常時5人以上使用される者がいる、個人の事業所 . . . **適用対象**
- (C) 常時5人未満使用される者がいる、個人の事業所 . . . **適用対象外**

労使合意により任意に適用事業所となることは可能 = **任意包括適用**

(参考) 被用者保険の更なる適用拡大を行った場合の適用拡大対象者数

雇用者全体 (2023年度時点)
5,740万人 ※70歳以上を除く

- ① 90万人・・・企業規模要件撤廃+非適用業種の解消 (A)
- ② 200万人・・・①+賃金要件撤廃又は最低賃金の引上げ (A+B)
- ③ 270万人・・・②+5人未満個人事業所 (A+B+C)
- ④ 860万人・・・週10時間以上の全ての被用者へ適用拡大 (D)

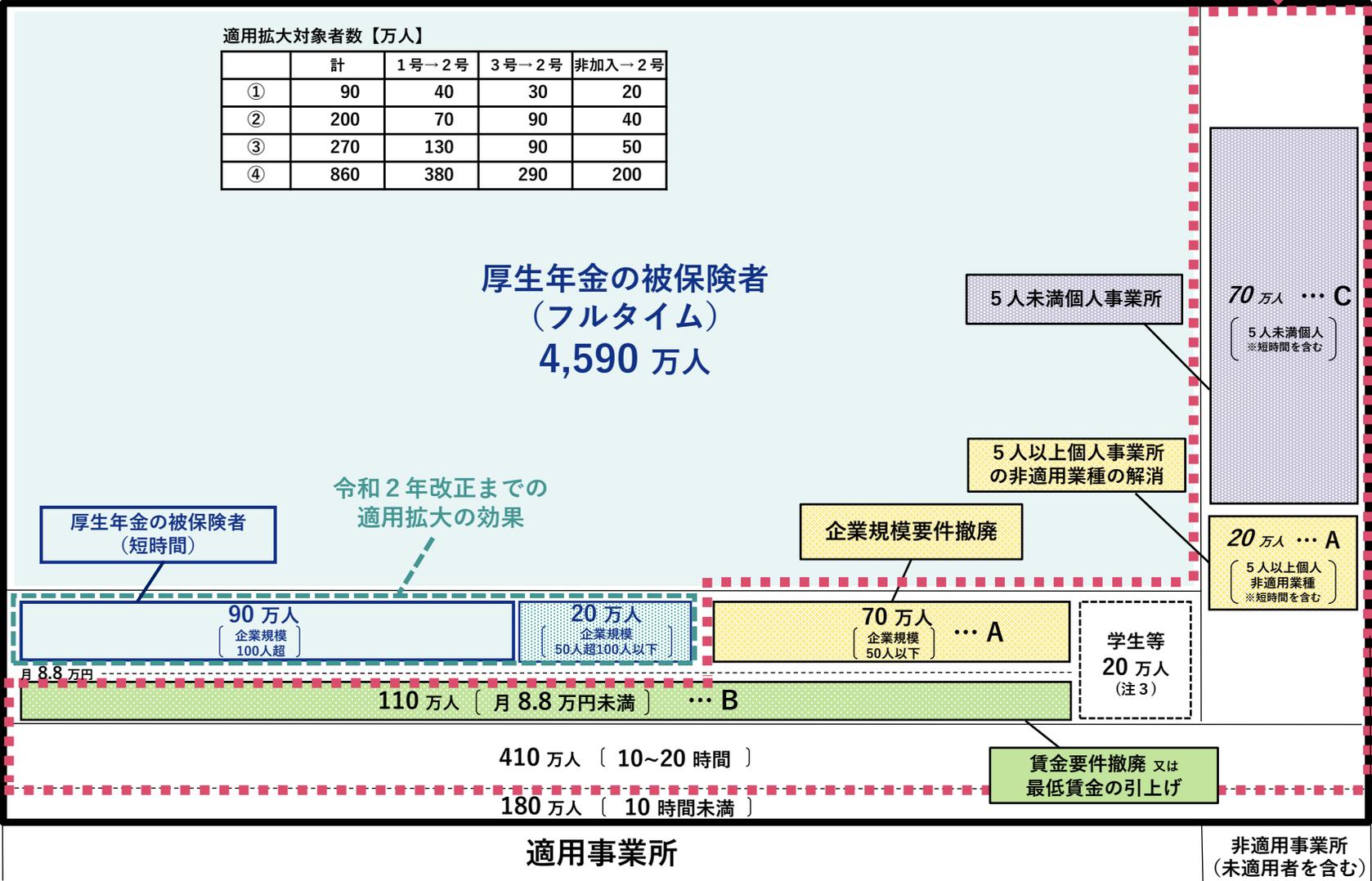
フルタイム
4,780万人

週所定労働時間
4分の3 (注4)

うち
20時間以上
380万人

フルタイム
以外
960万人

うち
20時間未満
580万人



注1. 「労働力調査2023年平均」、「令和4年公的年金加入状況等調査」、「令和4年就業構造基本調査」、「令和3年経済センサス」等の特別集計等を用いて推計したもの。

注2. 斜体字は、「令和3年経済センサス」等を基にした推計値であり、他の数値と時点が異なることに留意が必要。

注3. 学生等には、雇用契約期間2ヶ月以下の者（更新等で同一事業所で2ヶ月以上雇用されている者は除く）が含まれている。

注4. 通常の労働者の週所定労働時間は、「令和5年就労条件総合調査」における労働者1人平均の値(39時間04分)としている。

第20回年金部会における保険料負担割合を変更できる特例に対するご意見 1 / 2

【労使折半の原則との関係について】

- ・ 現在の労使折半の仕組みから外れる特例であることから、その範囲等については限定的に考える必要がある。労働者の保険料は自らの年金受給権を積み上げるための拠出であり、直接的な対価関係がある一方、使用者は保険料拠出による受益は間接的であることや、財源負担の比率は労使が厚生年金において対等な立場で貢献していることを示す意味もあるため、使用者の負担割合を当事者の合意のみによって自由に変更できる仕組みについては、年金受給権の意味や保険運営の在り方に変異をもたらすおそれがあることに留意する必要がある。
- ・ 「年収の壁」の問題による就労調整が労働力不足を招く事態があるとすれば、就労調整の生じる可能性の高い収入層に限り、労使合意による使用者の負担割合の増加を許容することは特例措置としてあり得る。一方、この特例措置が先例となり、年金制度において一般化していく布石とならぬように、目的を明確にした上で、時限措置で対象者も限定し、労働者負担が当事者の合意のみで形骸化しないように、負担割合の変更限度を示す必要がある。
- ・ 一番古い社会保険の仕組みである健康保険組合において、労働政策と社会保障政策が重なる部分で、社会保険の負担割合や運営は労使自治の原則で行われていたことから、労使が社会保険料負担を交渉で調整するのは、健康保険組合同様に本来の社会保険制度であってもいいはずではないか。
- ・ 労働の需要弾力性が弱く、労働供給弾力性が強い現行の経済においては、企業への社会保険料の転嫁が大きくなっても問題が無い。将来の年金の減額や、税で補填するといった案と比して、やや課題も残っているが、ベターな案ではないか。
- ・ 外国でも使用者負担分が労働者負担分よりも多い例があり、必ずしも労使折半でなければならないわけではない。ただ、一部のみ調整が許されることには説明が必要だが、今回の仕組みは任意であり、労使折半を維持することも可能。昨今の深刻な人材不足に対する対応として、優秀な人材を確保するために、社会保険料を多く負担してでもいいから働いてほしいと考える事業者の背中を押すことを可能にする環境にしておく必要性は認められるのではないか。

【制度継続等のデメリットについて】

- ・ 壁の中で就業調整することが得だという考えに寄り添う形になり、誤ったメッセージになってしまう。この特例ができなくなった場合、今度は特例の維持や上限額の引上げにつながり新たな壁となる。その中で就業調整すると男女の賃金格差が改善されないのではないか。

第20回年金部会における保険料負担割合を変更できる特例に対するご意見 2 / 2

【中小企業への影響・配慮について】

- ・ 事業主負担割合を増やすことができるのは大企業ではないか。同じ賃金の労働者でも、大企業だと本人の保険料負担は軽くなって、中小企業だと本人の負担は軽くないという格差が生まれる。既に健康保険ではそのような状態が存在するが、これを年金にまで広げることには若干の疑問がある。
- ・ 健康保険においても、中小企業によって主に構成される協会けんぽには、保険料負担割合の特例はなく、健保組合のみ認められている。これを厚生年金に当てはめたとき、事業主の負担割合を上げられる中小企業は少ないと思われる。また、社内で社会保険料の負担割合に差をつけることは、従業員の少ない企業ではあり得ない。当該案は、企業間の待遇格差を助長し、人材の流出を深刻化させるだけではないか。したがって、今回の提案には賛成しかねる。
- ・ 当該案は、個人の保険料負担の有無や多寡が、労働者の職場選びに影響を与えるようになってしまう。そのことによる想定外の将来のリスクが十分に考えられていないのではないか。
- ・ 今回の提案を含め、労働者への負担軽減措置ばかりが取り上げられており、中小企業における保険料負担の軽減策についてもお願いしたい。

【その他】

- ・ 実際に誰が交渉するのか、どの範囲まで、どの賃金水準まで交渉するのか、負担割合変更の許容範囲はどこまでなのかを詰めなければいけない。
- ・ 一般的には、中立的な制度設計や他の被保険者との公平性を考慮する必要はあるが、特例であれば、要件や条件はかなり絞ることも必要となるのではないか。
- ・ 健康保険における負担割合変更は、健康保険組合の規約によって規定されているが、今回の提案を実現する場合、健康保険と異なり、会社固有の規約等によっては規定されないと想定される。当該案の労使間での実現方法に課題があるのではないか。
- ・ 現行の年収の壁・支援強化パッケージよりは優れている。年金制度外から補填しようとしていないことは評価できる。
- ・ 被用者保険の適用に伴う就業調整を抑制する必要はあり、事業主に事業主負担の割合を増加させる選択肢を特例として与えることは、昨今の労働需給の引き締めりも勘案すると、一定の効果を持ちうる。

保険料負担割合を変更できる特例を導入する場合の論点

保険料負担割合を変更できる特例については、年金部会等において以下の指摘があった。

1. 労使折半の原則についての論点

- 目的を明確にした上で、時限措置で対象者も限定し、負担割合の変更限度を示す必要があるのではないか。
 - 使用者は保険料拠出による受益は間接的であることや、財源負担の比率は労使が厚生年金において対等な立場で貢献していることを示す意味もあるため、年金受給権の意味や保険運営の在り方に変異をもたらすおそれがあることに留意する必要があるのではないか。
- 健康保険法における負担割合変更とは異なり、組合自治の観点が無いことや、給付の性格として年金では保険料負担が給付に一定の比率で反映されるものであること、使用者の保険料拠出による受益の程度の差異等に鑑み、仮に年金制度において保険料負担割合を変更できる制度を導入しても、以下のように、時限措置とすることや対象者を被用者保険の適用に伴う「壁」を意識する可能性のある者に限定することにより、引き続き労使折半を原則としてはどうか。
- ・ 当該特例が例外的位置付けであることに加え、社会経済の変化によっては「壁」そのものの認識が変わりうることから、被用者保険の適用拡大の施行状況も勘案した時限措置とする。
 - ・ 特例の対象を外れるまで長く働く場合も含めて保険料負担による手取りの減少をなだらかにする観点から、保険料負担割合を変更できる特例の対象標準報酬月額は12.6万円以下とする。

2. 中小企業への配慮についての論点

- 特例を利用できるのは大企業が中心になるのではないか。
 - 大企業と中小企業との間の待遇格差を招くのではないか。
 - 中小企業の保険料負担の軽減策も必要ではないか。
- 企業規模によらず、利用しやすくなるようにする観点からも、まずは、特例の対象を被用者保険の適用に伴う「壁」を意識する可能性のある者に限定してはどうか(対象範囲は1のとおり)。また、導入に向けた検討を進める場合は、企業側の保険料負担軽減についても今後検討してはどうか。

保険料負担割合を変更できる特例を導入する場合の論点

保険料負担割合を変更できる特例については、以下の論点も考えられる。

3. 賞与を特例の対象とすることについての論点

○ 特例の対象者に支給される賞与についても、労使折半ではなく負担割合変更できる特例の対象とするのかどうか。

→ 被用者保険の適用に伴い、賞与で手取り減が発生してしまうとそれ自体も社会保険加入を躊躇する要因にはなりうることや、現在のキャリアアップ助成金等の助成措置も対象に賞与を含めていること、健康保険における現行制度も賞与を対象に含めており事務負担の観点から、特例対象者の賞与についても対象とできることとしてはどうか。

※ 特例対象者は、標準報酬月額12.6万円以下の者を想定。

4. 同一等級に属する者の負担割合をどうするかについての論点

○ 同一等級に属する被保険者の負担割合を揃えることとするのか、個人ごとに負担割合を設定することを認めるのかどうか。

→ 同一の等級に属する者同士の保険料負担の公平性を確保し、企業において導入しやすくする観点から、本特例を利用する事業所内で、同一の等級に属する者同士の本人負担割合を揃えることとしつつ、等級ごとの具体的な割合は、事業所単位で労使合意に基づき任意に設定可能としてはどうか。

健康保険組合の保険料の負担割合の特例

- 健康保険法第162条に基づき、健康保険組合は規約で定めるところにより、事業主の負担すべき一般保険料額又は介護保険料額の負担の割合を増加することができる。
- この規定は同法施行当時（1927年）から存在し、その趣旨は、事業主と被保険者とが合意の上、保険料負担の割合を被保険者の利益になるように変更することを認めるものである。

規約により健康保険料の事業主負担割合を増加させている健康保険組合は895組合（64.7%）存在する。

保険料率負担割合別組合数(令和5年3月末時点)

	負担割合（事業主：被保険者）														計
	50:50	～	55:45	～	60:40	～	65:35	～	70:30	～	75:25	～	80:20	～	
組合数	488	290	102	231	136	101	17	15	0	2	1	0	0	0	1,383
構成比 (%)	35.3	21.0	7.4	16.7	9.8	7.3	1.2	1.1	0	0.1	0.1	0	0	0	100.0%

(出典) 健康保険組合連合会「健康保険組合の現勢」

参考 熊谷憲一(1927)『健康保険法詳解 訂正3版』

「七、健康保険組合に於ては其の規約を以て事業主の負担割合を増加することを得（健康保険法第七十五条）。

（前略）健康保険組合に在りては事業主が進んで規定以上の保険料を負担せんとする場合に於てを阻止するの必要なく寧ろ奨励すべきものであるから、事業主と被保険者とが合意の上保険料負担の割合を被保険者の利益に変更することを許したのである。又健康保険法第七十三条の規定に依る事業主の負担割合の増加に付ても施行令第九十六条及第九十七条に規定する程度以上に事業主の負担割合を増加するも差支へがないのである。

健康保険法第七十五条に其の規約を以てとあるは、事業主と被保険者と合意の上にて之を規定すべしとの意味である。唯組合設立の当初に於ては規約は事業主が作成するのであるから事業主が自由に其の負担割合を増加することが出来る。法文の解釈上事業主が保険料全額を負担し被保険者は何等負担せざる様規約を以て定め得るが如きも、健康保険が被保険者の相互扶助の精神の発揚に基くものとするときは被保険者が何等の負担をも為さないのは如何かと考へらる。」

※ 熊谷憲一は健康保険法の立案に参画していた内務省社会局事務官

① 健康保険法の解釈と運用 平成29年度版(法研)(抄)

被保険者が保険料を負担する理由は、被保険者は健康保険の受益者であり、また被保険者相互間の相互救済の精神に基づく制度であること等によるものである。

これに対して、事業主の二分の一負担義務は、業務外の疾病についても、労働条件、工場設備等の自由が被保険者の健康を損い疾病にかかりやすい素地をつくる一因をなすものであり、また被保険者の健康保持、すみやかな傷病の回復は、労働能率の増進等をもたらすことにより産業上に好影響を及ぼし、事業主も共通の利益を有するものであることによるのである。

次に二分の一の負担割合とした理由は、数理的理由と外国の立法例によったものである。数理的理由とは、法制定当初は、業務上外と両者を総合した新形式によっており、全病傷事故のうち、業務上の事由によるものは四分の一、業務外の事由によるものは四分の三という割合になっていた。これに対して、業務上の事由による傷病に関する費用はその仕質上事業主の全額負担とし、業務外の事由による傷病に関する費用は、ドイツ疾病保険の例により事業主三分の一被保険者三分の二の負担割合で負担することとし、結局、被保険者と事業主が各二分の一を負担することとなる。すなわち、

	業務上	業務外
事業主	$1/4 \times 1$	$+ 3/4 \times 1/3 = 1/2$
被保険者	$1/4 \times 0$	$+ 3/4 \times 2/3 = 1/2$

また、外国の立法例をとり入れた理由は、その当時二分の一負担主義の趨勢にあったからで、その理由は、事業主および労働者が均等の負担を行い、保険機関の議決機関に同数ずつの議員を選出し、円滑公平に保険運営の運営を行わんがためとされていた。

② 森荘三郎(1924)『健康保険法解説(訂正増補再版)』

「労働者及び事業主が同額の負担をすることは、統計上から見て決して労働者の利益を害するもので無い。加之、健康保険組合の管理(法案要綱第二十六項)、及び其の審査会の組織(要綱第八十九条)等に就ても、労資の双方が同数の投票権を持つことに成つて、実際の運用上にも好都合であらうと思う。労資折半主義の長所及び妙味は、寧ろ此の点に存在すると考へた方が適當であるかもしれない。」

※ 森荘三郎は、健康保険法案要綱が諮問された労働保険調査会の委員

③ 島崎謙治(2009)「健康保険の事業主負担の性格・規範性とそのあり方」、『社会保障財源の制度分析』

第2は、なぜ保険料を原則労使折半としたかである。ドイツの疾病保険法が労使折半であったためであるという説明がなされている文献もみられるが、これは正しくない。ドイツの疾病保険の保険料負担が労使折半となったのは1949年に制定された「社会保険調整法」によるものであり、ドイツの疾病保険法上は1883年の創設以来1949年までは、保険料の負担割合は、労働者3分の2、事業主3分の1であったからである。

労使折半に関する労働保険調査会における当局側の説明は、「業務上の疾病負傷に付ては事業主に全部の負担を負はしめ業務外の疾病負傷に付ては労働者に3分の2、事業主に3分の1を負担せしめ而して業務上の疾病負傷と業務外の疾病負傷との比は1と4との割合なるを以て此の両者を平均するときには事業主労働者各2分の1宛負担すべきこととなるなり」(内務省,1935,64頁)とされている。要するに、ドイツと異なり、わが国は全額事業主負担とすべき業務上傷病も健康保険で取り込んだため、業務上傷病と業務外傷病の事故発生率の比(1対4)をドイツの労災保険法と疾病保険法の事業主負担割合に乗じた結果、ほぼ労使折半となるというものである。ただし、他方で、保険統計データの蓄積が不十分であるといった説明が行われていること(内務省,1935,232-233頁)を踏まえれば、この統計数理上の理由は、やや理屈の後付けの感が否めない。実際の理由は、むしろ熊谷が「其の他の理由」として指摘する「**(1)外国立法例が最近事業主労働者2分の1主義の趨勢に在ること、(2)2分の1主義が最も公平にして協調の精神を助成すること、(3)各2分の1の負担を為し事業主と労働者とが協力して健康保険組合の管理を為すに適すること**」(熊谷,1926,428-429頁)にあったと思われる。

ちなみに、時代が多少前後するが、1927年に開催された国際労働機関(ILO)総会では、「疾病保険の一般原則に関する勧告」が採択されており、その中で、保険組織(保険者)は自治の原則に従い管理すべきこと、保険制度の財源は原則として被保険者の掛金および使用者の掛金により賄うこと等が規定されている。そして、この後出版された熊谷の別の解説書では、折半負担の理由として、「**事業主及労働者が均等の負担を為し保険機関の議決機関に同数宛の議員を選出し以て円満公平に保険機関の目的を行はむが為である**」ことが強調されている(熊谷,1935,633頁)。

以上をまとめると、事業主負担の労使折半の理由としては、統計数理上の理由もさることながら、**立案者らは、労使協調の重視とりわけ健保組合における表決権の労使対等原則を重視していたと考えるべきである。**

いわゆる「106万円の壁」を意識している第3号被保険者の推計

- 週所定労働時間が15時間以上であって、いわゆる「106万円の壁」を意識している可能性がある第3号被保険者は、企業規模100人超で約50万人と見込まれ、さらに今年10月の50人超への拡大で新たに約15万人が加わって、合計で約65万人と推計される。
- この約65万人のうちには、就業調整を行わず厚生年金の適用を希望する方や、たまたま年収がこの水準にとどまっている方がおり、手取り収入の減少を回避して就業調整する方は、さらに少ないことが見込まれる。

年収	厚生年金保険料：8,052円 (標報8.8万円の場合の本人負担)		国民年金保険料：16,980円 (R6年度)		非扶養
	2号	2号 (令和6.10~) 1号 (~令和6.9)	1号	1号	
130万円	2号	1号 (~令和6.9)	1号	1号	扶養
106万円	現2号 約13万人 (※3)	10万人 (※1)	31万人 (※1) 3号	3万人 (※1) 3号	
	50万人 (※2)	5万人 (※2)	21万人 (※2) 3号	3万人 (※2) 3号	
	3号	3号	3号	3号	
勤務先 企業規模	100人超	100人以下 ~ 50人超	50人以下	非適用個人事業所	

※1 令和4年の基本月給が8.8万~10.8万円かつ週所定労働時間が15時間以上である第3号被保険者の人数
 ※2 令和4年の基本月給が7.8万~8.8万円かつ週所定労働時間が15~30時間である第3号被保険者の人数
 ※3 令和6年4月時点で、標準報酬月額8.8万~10.4万円の短時間被保険者の人数

医療保険制度改革について

- 所得区分の細分化及び自己負担限度額の引き上げについて異論はない。機械的なモデル試算の結果において保険料軽減額が小さいのは高齢者で軽減額が大きいのは現役世代ということだったが、これは現役世代が高齢者医療に係る拠出金も含めて過重な負担を強いられていることの裏返し。**現役世代の負担軽減が喫緊の課題であると考えれば、高額療養費の見直しは不可欠。**その上で2点申し上げたい。まず1点目として、一般区分及び上位所得者の区分の引き上げ幅については2つの視点から考える必要。**実効給付率が前回の高額療養費制度の見直しの議論を行った平成27年度から6年間で+0.62%伸びている。今後増加が予想されるため、この増加幅をカバーできるような水準にすべき。**現行の上位所得者の自己負担限度額の設定については、各区分の最低標準報酬月額に対応する総報酬月額の25%で設定されていると認識。特に年収370万円から770万円の方については、平成18年の改正当時の協会けんぽの平均的な所得額約32万円の25%相当である80,100円となっていると理解。そういう意味では、**今回の見直しでは、直近の賃上げ状況も踏まえて引き上げを実施すべき。**2点目は高齢者の外来特例について。外来特例のセーフティネットとしての役割は理解するが、やはり70歳以上の高齢者の方については二重、三重のセーフティネットになっているという感が否めない。そういう意味では、自己負担限度額の見直しに合わせて、**外来特例の廃止も含めた抜本的な見直しが必要ではないか。**具体的には、年間上限の廃止や、月額上限の8,000円、1万8,000円の引き上げなどのケースについて、**次回の医療保険部会までにぜひシミュレーション等を行って提示いただきたい。**
- 現役世代の負担軽減に向け、改革工程に基づいて着実に取組を進めていくことが重要であり、高額療養費の見直しを進めていくべき。**現役世代が保険料負担の軽減を実感できるよう、相当程度高い水準で自己負担限度額を引き上げていくことが重要。**また、**外来診療の状況も踏まえると、70歳以上の外来特例についても廃止の方向で検討すべきことは強調したい。**
- 今回の提案は健康な被保険者と事業主全体の保険料を軽減し、患者の負担に直接影響が及ぶというもの。一方で、病気やけがの治療で治療費が高額となることは誰にでも起こり得る。**現役世代の保険料負担の抑制は大変重要であるが、医療を受ける患者にとって急激な負担増とならないようにすること、また、負担が一部の階層の方に偏らないようバランスを取ること、そして、公平性も必要ではないか。**今後の議論に向けて、具体的なイメージができるよう、例えば高齢者で外来を中心とする治療行動の人はどうなるのか、現役世代で高額な医療を受けたらどうなるのかなど、**年収別の具体的な仮のモデルを設定して示すことを検討いただきたい。**

- 大きな費用のかかる治療を受けられた場合に、この制度のおかげで助かっている方が多くいると認識。高額療養費制度にお世話になることは、皆可能性としてあり得る。なので、**事前に自分の場合どれくらいの費用負担になるのかが分かれば、負担感への理解が生まれると考える**。仮に300万円の医療費がかかった場合でも、現行制度ではそう多額ではない費用負担で医療サービスを受けて退院ができるという形になっているので、ぜひこうしたことをより分かりやすく提示できるように、今後、**広報や資料等でも、皆保険において本当にこの高額療養費制度が大いに助かる制度であることを丁寧に説明することをお願いをしたい**。費用負担の一部を負担能力に応じて負担してみんなで支えようという今回の見直しの趣旨に対する理解にもつながっていくと思うので、ぜひお願いしたい。特に、退職後、人生を謳歌しようと張り切っているが、一方では病気にならないように気をつけなくてはいけないという高齢者に大切なこと。
- **高額療養費の在り方については、高額薬剤や医療技術の高度化等によって医療費が増大している中、セーフティネットとしての役割に留意しつつ、全世代型社会保障の実現に向けて、また、保険料負担の軽減を図る観点から、負担能力に応じた負担となるように見直していくべき**。その意味で、提示された試算モデルは非常に合理性のある考え方ではないか。ただ、今回の現行制度から**所得区分を細分化することについては、制度の変数を変えるのではなく枠組みを変更するような場合、システムへの影響が大きい**ため、**施行時期については保険者がシステム改修に必要な期間を確保できることにも配慮**いただきたい。
- **重要なことは、いかに現役世代の負担を軽減できるか**。保険者を通じて多くの支援金を拠出している現役世代が負担の軽減を実感できるよう、検討を進めていただきたい。
我が国の医療保険制度は素晴らしいが、**窓口負担以外の原資は保険料や公費であり、皆で支え合っているものだということ**を忘れてはならない。間違っても病気になっても病院に行けば比較的安い薬をもらえるのだからいいということではないことを国民がしっかり理解する必要。大切なことは、まずは自助が基本だということ。**健康を維持できるよう自身で努力し、軽度な疾病はセルフメディケーションで対応するという意識と姿勢を国民全体が共有、実践することが必要**。もちろん重篤化のリスクを個人に負わせないという対応は必須であるし、**先天的な疾病や予測できないような事項等についても助け合いとして保険で対応する**という形を当たり前にしていくべき。**現役世代の負担軽減に加えて、自助の観点からも、高額療養費について適正な在り方とはどういうものかについて真剣に検討していくべき**。

- 高額療養費の見直しについては、医療を必要とする方々の受診抑制につながるようなことがないよう、また、特に低所得者に十分配慮した制度となるよう検討をお願いしたい。なお、施行時期についても、被保険者等への周知や保険者のシステム改修に要する期間が十分に確保できるよう配慮をお願いしたい。
- 社会経済情勢の変化を踏まえた高額療養費の自己負担額の見直しを行うことについては理解するが、具体的な制度設計に当たっては、一律の率の引き上げによる逆進性が生じ、低所得者に対する過度な負担とならないよう、引き上げ幅の設定には十分ご留意いただきたい。
- 給付と負担の問題で、給付は高齢者、負担は現役と言われるところ、確かに個体としては高齢者が給付を受けるわけだが、家族等の支え合いという観点からは、現役世代も支える形になっていることを見落とさないでいただきたい。
所得区分の細分化の仕方については、基本的には現状維持で、高所得者の区分は細かく階段を設けて、高額所得の方の負担を少し高く設定していただくようお願いしたい。所得の低い方たちあるいは比較的平均的な生活者の人たちが必要な医療について受診控えをする事態が生じないようにしていただきたい。
- 高額療養費の見直しは、現役世代の社会保険料負担が過大なため致し方ないと思うが、なぜこれまで社会保険料が増加してきたかという点、社会保険料は取りやすいためであり、基本的なことを変える必要。
年齢ではなく負担能力によって負担することは理解できるが、所得の持つ意味が現役世代と高齢者では違う。現役世代の方は働いて所得を増やすことができるが、高齢者はそうはいかない。なので、年齢というファクターについても考慮していただきたい。家計に占める医療費の負担を家計調査で示していただいたが、家計調査は医療にかかっていない人も含んだ平均値なので、できれば厚生労働科学研究費などを使って、より詳細に事例的に医療費が無職世帯や高齢者世帯にどのようなインパクトを与えているかを調査していただきたい。また、高齢者の受診行動などミクロな点についてもできれば今後詳細な調査をして独自のデータを出していただきたい。

- **基本的に、現役の負担の軽減は重要であるが、一方、高齢者の負担の在り方をどうするのかという問題もあるので、バランスをどう取るのかという視点が極めて重要。**後期高齢者医療の窓口負担の割合が変動した場合に、患者の受診行動が変化することは明確になっており、今回の高額療養費の制度の見直しによって患者の受診行動が大きく変わることが考えられる。外来受診をしている高齢者の半数近くがほぼ毎月の受診であることは、複数の疾患を抱えるものの、定期的な受診によって医学管理をされて、病状の悪化を防いでいるということなのだと思う。この受診行動が変化することによって病態の悪化を招くことがないように、**高齢者の中でも特に所得の低い方等への対応の配慮など丁寧な対応をお願いしたい。**

外来特例の廃止という意見に対しては明確に反対したい。現在、月額上限に該当する方は70歳以上の3割から5割程度であり、年間上限額に該当する方も割合は少ないものの一定数存在する。外来特例に該当される方は、複数の疾患治療を持つ方とか、高額薬剤を服用している方等が想定されるが、その他、在宅医療を受けている方は外来医療に比して負担が大きいために外来特例に該当しやすいのではないかと。外来特例の該当者というのは、その類型も含めて様々であり、この方々は現在一定の負担軽減を受けておられると思うので、可能な限りこの該当者の分析を行い、追加負担が適切なのかどうかについて丁寧な議論を行う必要。

- **所得区分はぜひ細分化し、細かな対応をお願いしたい。**持続して飲み続けなければならない一定の高額な薬剤がある。こうした薬を服用し続ける必要があることから自己負担限度額に該当する方も多くいるので、そのような方々の**服用控えにならないように十分に丁寧な対応をお願いしたい。**

- 全ての世代の方々に、**公的医療保険のメリット**やいざ自分が疾病を持ったときに安心して受診することができる**セーフティネットの存在をしっかりと周知広報していただき、国民皆保険制度を堅持していくことが重要。**

自己負担額限度等の仕組みが変わることで受診控えのないように、できるだけ細かな設計と制度変更後の影響把握、分析についてもお願いをしたい。

- 保険料という収入面の負担と給付という受益面の負担の両方をセットで考える必要。そこに応能負担の要素が入ってくるが、今回の場合、低所得だが健康で保険料も払っているという人に対してどの程度負担軽減が効いてくるのかが重要。そういう点で、提示いただいた試算では**現役世代の保険料負担の軽減効果の方が大きい**という点から言うと、**全世代型社会保障改革の方向にも沿っている**と感じる。

所得区分の細分化は制度を複雑にする面があるが、**所得区分が変わった時の自己負担額の激変を緩和する意味もある**と思うので、そういった点では妥当な方向。いずれにしても、所得区分の刻み方と上げ幅、所得に応じた傾斜配分について、なるべく納得感のある説明しやすい仕組みにしていきたい。

- 全世代型社会保障の観点から年齢区分をなくして負担能力に応じた負担を求めること、そして、インフレ対応が必要ということに関しては理解できる。しかし、**全体の数字を見るだけでは個々のケースで何が起きているのかが分からない**。疾病に罹患してその後治療を受けるという方について、自己負担の在り方、特に高額療養費の上限額というものがどういう影響を与えているか。それから、この影響を因果関係として正確にはかるのは難しいかもしれないが、**どういう年収の方が病気にかかって、多額の医療費がかかってしまったときに家計がどうなっているのかとか、所得の違いによって受ける医療の内容に差があるのかとか、などをより明らかにしていく必要があるのではないか**。そうした**分析が可能なデータを出して、研究者に使えるようにしてほしい**。

機械的なモデル試算の結果には実効給付率が変化した場合に経験的に得られている医療費の増減効果、いわゆる長瀬効果を見込んでいるが、自己負担率が変化したときに長瀬効果があることは理解するものの、今回は自己負担率が変わるのではなく、負担上限額が変わるということなので、制度変更は、負担上限に達していない人には全く影響せず、上限に達している場合は追加費用がゼロになるので、負担割合が変わる場合とは非常に異なるものではないかと思う。その上、実証的に、特にアメリカの実証研究で言われているのは、患者が治療内容や医療費に関して決定権があるのは主に最初に病院に行くかどうかだけであると。一旦診療を始めると、その先はほとんど医師が決定権を持っており、医療費に関する部分で患者の選択によって医療費が余計にかかることはあまりなく、治療開始後の医療費には自己負担割合がほとんど影響しないという結果が得られている。その意味でも上限額の変化が長瀬効果を生むかということ、よく分からないので、**機械的に当てはめると正しい推計が得られなくなってしまうのではないのか**。なので、**長瀬効果を見込んだ場合と見込んでいない場合について、両方数字を出していただいたほうがいいのではないか**。

機械的なモデル試算の考え方（外来特例について）

<機械的なモデル試算>

- ① 住民税非課税区分及び一般区分の外来特例（月額上限・年間上限）を廃止
- ② 住民税非課税区分にかかる外来の月額上限のみ2,000円引き上げ、一般区分にかかる外来特例を廃止
- ③ 住民税非課税区分及び一般区分の外来の月額上限を2,000円ずつ引き上げ（一般区分の年間上限は廃止）

※所得区分の細分化 及び 自己負担限度額（多数回該当含む）の機械的引き上げは考慮していない。

所得区分 (70歳以上)	窓口負担割合	【現行】 外来にかかる 自己負担限度額 (1ヶ月当たり)	【機械的なモデル試算の前提】		
			①	②	③
一般 (～年収約370万円)	70-74歳：2割 75歳以上：1割又は 2割	18,000円 [年14.4万円]	廃止	廃止	20,000円 ※年間上限は廃止
住民税非課税	70-74歳：2割 75歳以上：1割	8,000円	廃止	10,000円	10,000円
住民税非課税 (所得が一定以下)					

機械的なモデル試算の結果（外来特例について）

（粗い推計）

	①	②	③
保険料	▲1,900億円	▲1,300億円	▲500億円
加入者1人当たり 保険料軽減額（年額）	▲700円 ～▲2,000円	▲500円 ～▲1,500円	▲200円 ～▲600円
給付費	▲3,400億円	▲2,400億円	▲1,000億円
実効給付率の低下幅	▲0.39%	▲0.28%	▲0.12%

※ 実効給付率は、平成27年度から令和3年度の6年間で+0.62%増加している。（84.84%→85.46%）

【機械的なモデル試算】

- ① 住民税非課税区分及び一般区分の外来特例（月額上限・年間上限）を廃止
 - ② 住民税非課税区分にかかる外来の月額上限のみ2,000円引き上げ、一般区分にかかる外来特例を廃止
 - ③ 住民税非課税区分及び一般区分の外来の月額上限を2,000円ずつ引き上げ（一般区分の年間上限は廃止）
- ※所得区分の細分化 及び 自己負担限度額（多数回該当含む）の機械的引き上げは考慮していない。

※1 満年度ベースの推計値。

※2 本推計は、一定の仮定をおいて行ったものであり、結果は相当程度の幅をもって見る必要がある。

※3 実効給付率が変化した場合に経験的に得られている医療費の増減効果（いわゆる長瀬効果（①：▲1,600億円、②：▲1,100億円、③：▲500億円、※いずれも給付費））を見込んでいる。

※4 加入者一人当たり保険料軽減額（年額）については、制度ごとの加入者一人当たり保険料軽減額について最低値と最高値を示したものの。

高額療養費制度の見直しの方向性（案）

【社会経済情勢の変化】

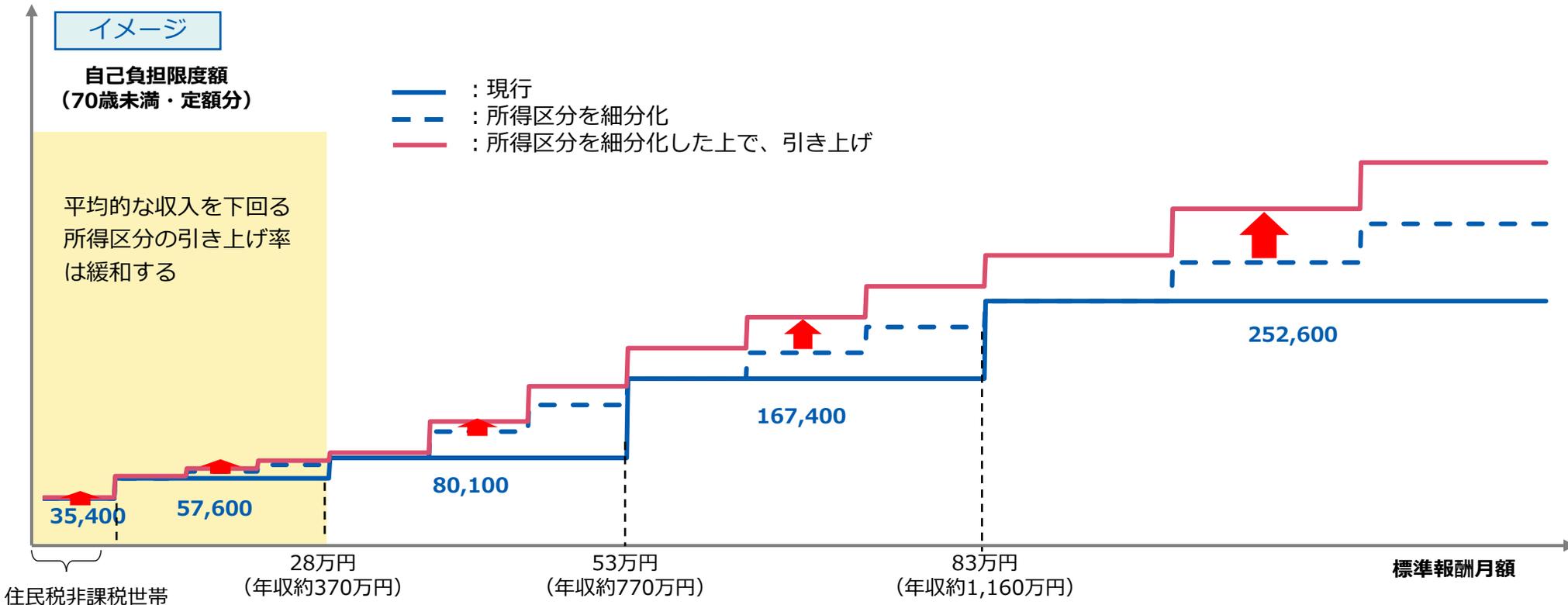
- **高齢化の進展や医療の高度化、高額薬剤の開発・普及等により高額療養費の総額が年々増加**（総医療費の6～7%相当）し、医療保険財政に大きな影響を与えている。一方、近年、高額療養費の自己負担限度額の上限は実質的に維持されてきたことなどにより、医療保険制度における**実効給付率は上昇**。
- 他方で、**前回実質的な見直しを行った約10年前（平成27年）と比較すると、物価上昇や賃上げの実現等を通じた世帯主収入・世帯収入の増加**など、経済環境も大きく変化している。また、足下では、生活必需品をはじめとした継続的な物価上昇が続く中で、**現役世代を中心に保険料負担の軽減を求める**声も多くある。

【これまでの議論を踏まえた見直しの方向性（案）】

- このように、物価・賃金の上昇など経済環境が変化する中でも、高額療養費の自己負担限度額の上限が実質的に維持されてきたこと等を踏まえ、セーフティネットとしての高額療養費の役割を維持しつつ、**健康な方を含めた全ての世代の被保険者の保険料負担の軽減を図る**観点から、①**高額療養費の自己負担限度額の見直し（一定程度の引き上げ）**、②**所得区分に応じたきめ細かい制度設計とする観点からの所得区分の細分化**（住民税非課税区分を除く所得区分を概ね三区分に細分化）を行う。
- その際、能力に応じて全世代が支え合う全世代型社会保障を構築する観点から**負担能力に応じた負担**を求める仕組みとする。具体的には、**平均的な収入を超える所得区分については、平均的な引き上げ率よりも高い率で引き上げる一方で、平均的な収入を下回る所得区分の引き上げ率は緩和**するなど、**所得が低い方に対して一定の配慮**を行う。併せて、今回の見直しにより必要な受診が妨げられることのないよう、**丁寧な周知等を徹底**する。加えて、予防・健康づくりの重要性の再認識に向けた働きかけを行う。
- 施行時期については、国民への周知、保険者・自治体の準備期間（システム改修等）などを考慮しつつ、被保険者の保険料負担の軽減というメリットをできる限り早期に享受できるようにする観点から、一定の周知・準備期間を設けた上で、システム的にも十分対応可能な範囲から施行していく。（早ければ来年夏以降からの施行を想定）
- なお、高額療養費の引き上げが家計や受療行動等に与える影響については、その分析のために必要なデータを把握していくための方策等について、今後検討していく。

高額療養費制度の見直しの方向性（案）のイメージ

- ①高額療養費の自己負担限度額の見直し（一定程度の引き上げ）、②所得区分に応じたきめ細かい制度設計とする観点からの所得区分の細分化（住民税非課税区分を除く所得区分を概ね三区分に細分化）を行う。
- その際、能力に応じて全世代が支え合う全世代型社会保障を構築する観点から負担能力に応じた負担を求める仕組みとする。具体的には、平均的な収入を超える所得区分については、平均的な引き上げ率よりも高い率で引き上げる一方で、平均的な収入を下回る所得区分の引き上げ率は緩和するなど、所得が低い方に対して一定の配慮を行う。



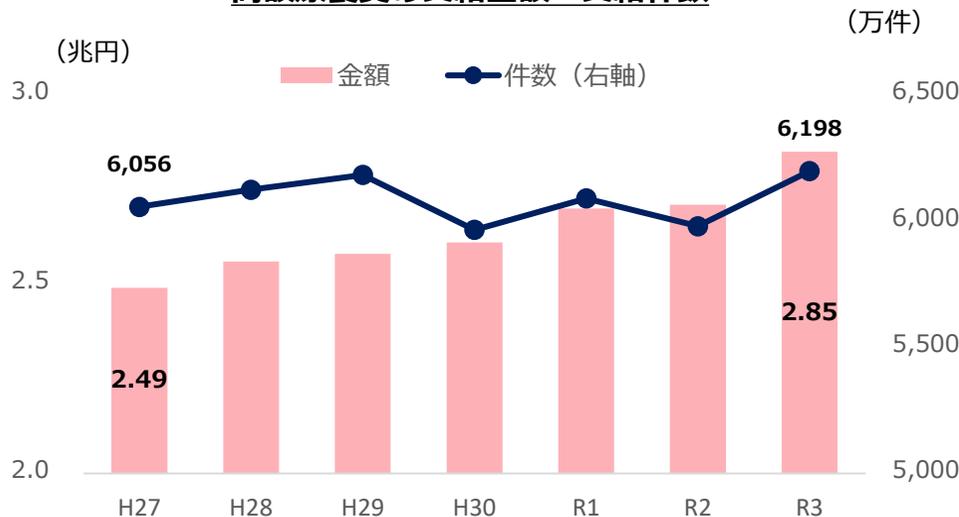
※システムのにも十分対応可能な範囲から施行していく。（早ければ来年夏以降からの施行を想定）

参考資料



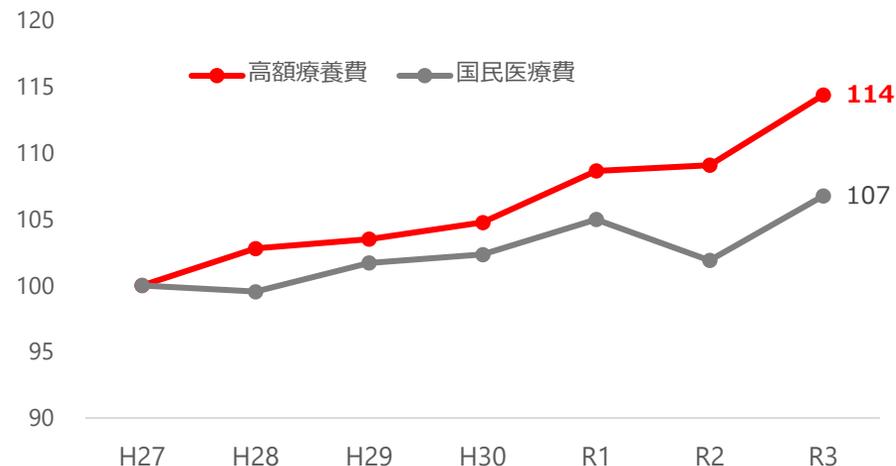
高額療養費と実効給付率の推移

高額療養費の支給金額・支給件数



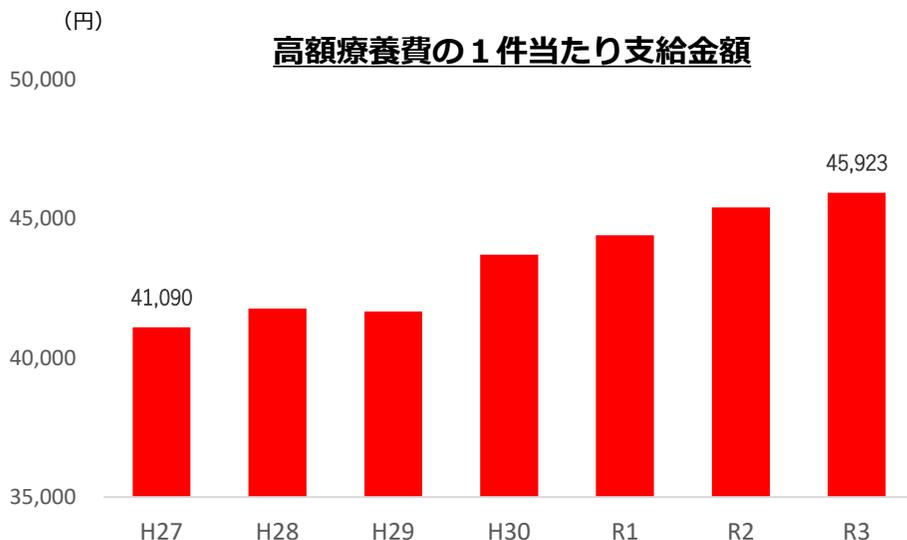
(出典) 厚生労働省「医療保険に関する基礎資料集」

高額療養費と国民医療費の伸び (H27を100とした場合)



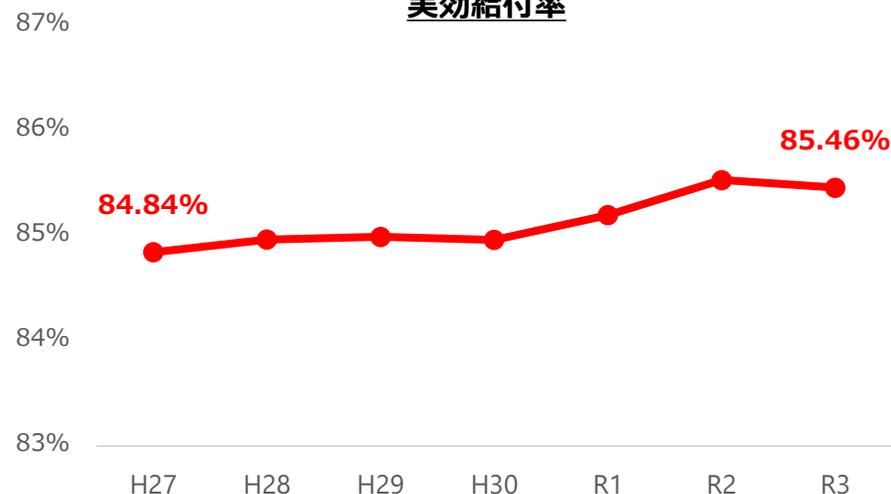
(出典) 厚生労働省「医療保険に関する基礎資料集」「国民医療費」

高額療養費の1件当たり支給金額



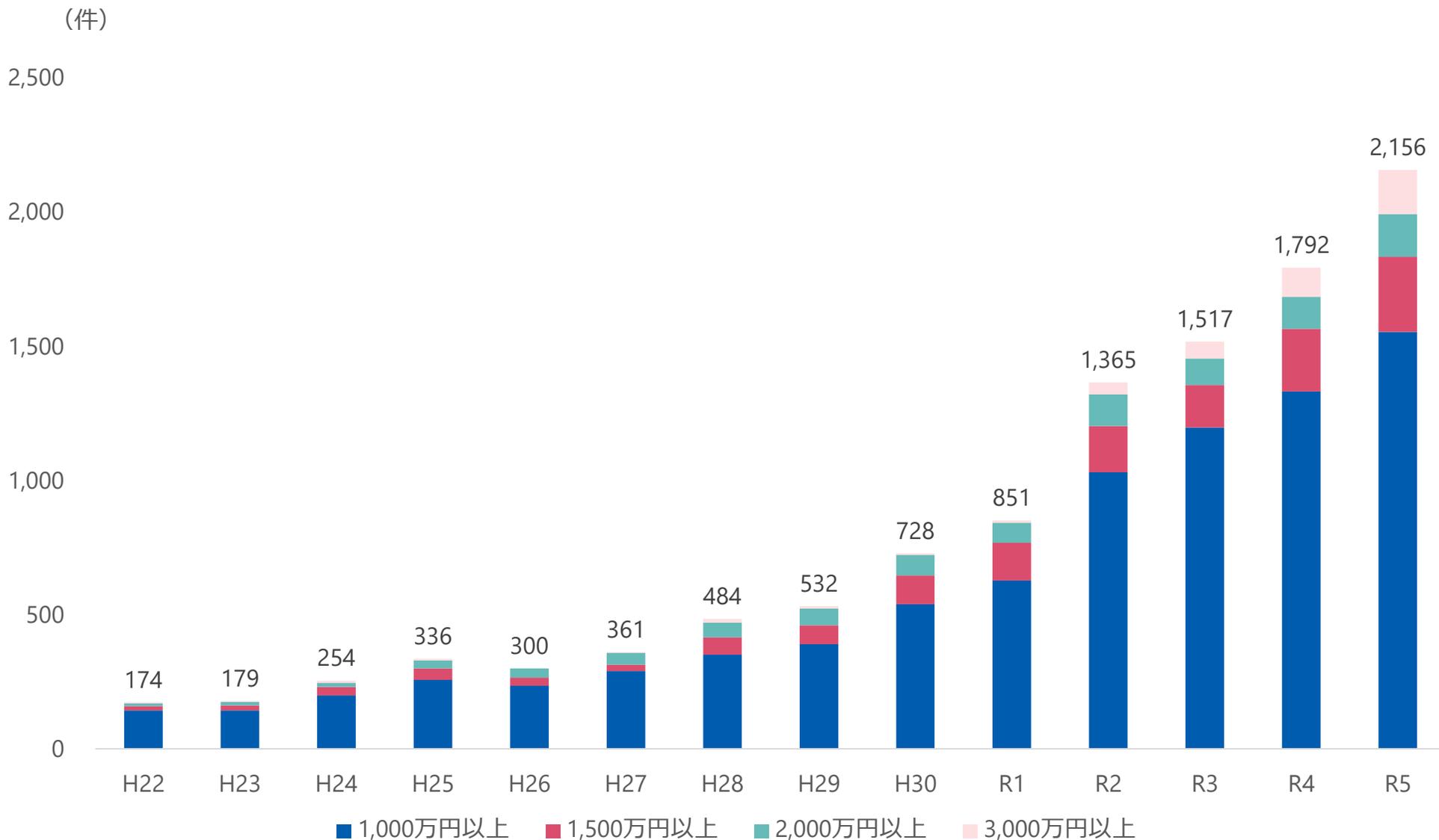
(出典) 厚生労働省「医療保険に関する基礎資料集」

実効給付率



(出典) 厚生労働省「医療保険に関する基礎資料集」

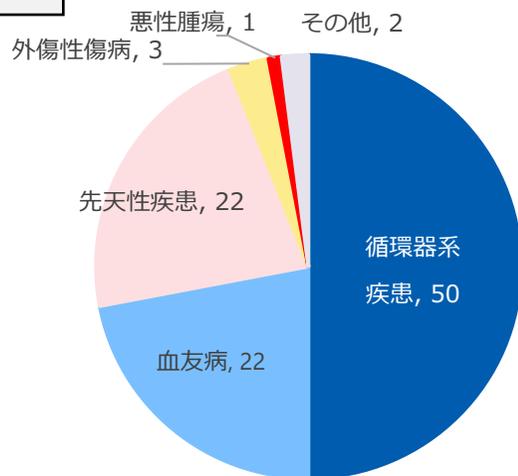
健保組合における1,000万円以上高額レセプトの件数の推移



(出典) 健康保険組合連合会「高額レセプト上位の概要」

健保組合における高額レセプト上位100位について

H26年度

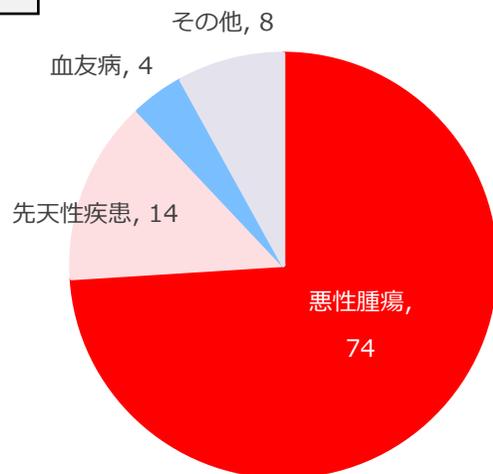


上位100位平均：約**1,861**万円（最高金額：約3,000万円）

【疾患別の主な高額要因】

- 特発性拡張型心筋症、肥大型心筋症
➡ 植込型補助人工心臓HeartMate II（約1,830万円～1,890万円）
- 左心低形成症候群、大血管転位症、大動脈弓離断症等 ➡ 心臓手術
- 血友病A、血友病B ➡ ノボセブン（薬価：約8万円～40万円）

R5年度



上位100位平均：約**5,586**万円（最高金額：約1億7,800万円）

【疾患別の主な高額要因】

- 脊髄性筋萎縮症 ➡ ゾルゲンスマ（薬価：約16,708万円）
- B細胞性急性リンパ芽球性白血病、びまん性大細胞型B細胞リンパ腫
➡ キムリア、ブレヤンジ、イエスカルタ（薬価：約3,265万円）
- 血友病A ➡ ヘムライブラ（薬価：約29万円～122万円）
※従来のノボセブン等も併用されている。

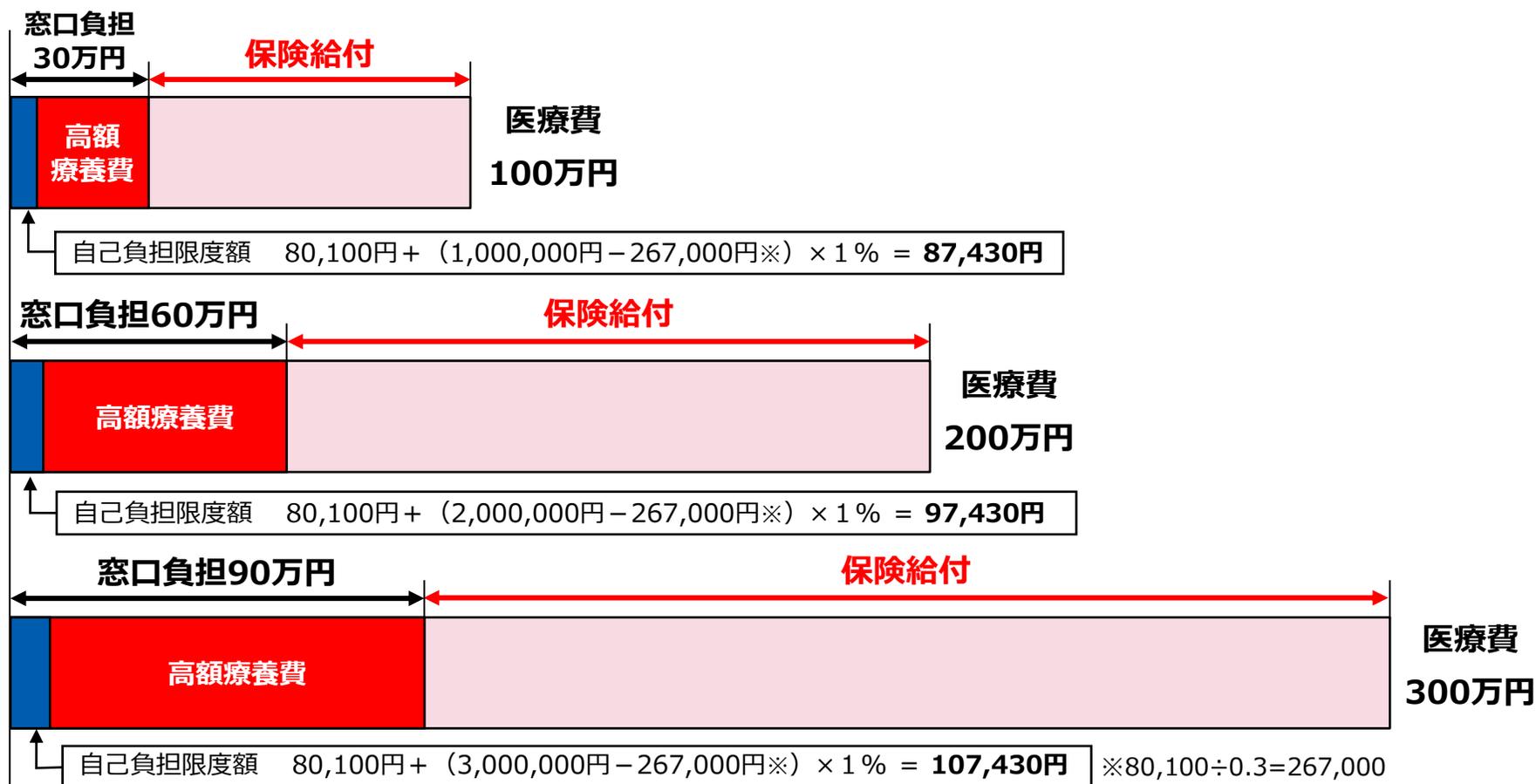
（出典）健康保険組合連合会「令和5年度 高額医療交付金交付事業における高額レセプト上位の概要」

（注）上記の薬価は令和6年3月時点のもの。

高額療養費制度の概要

- 高額療養費制度は、家計に対する医療費の自己負担が過重なものとならないよう、医療機関の窓口において医療費の自己負担を支払っていただいた後、月ごとの自己負担限度額を超える部分について、事後的に保険者から償還払い（※）される制度。
 - （※1）入院の場合、医療機関の窓口での支払いを自己負担限度額までにとどめる現物給付化の仕組みを導入
 - （※2）外来でも、平成24年4月から、同一医療機関で自己負担限度額を超える場合に現物給付化を導入
- 自己負担限度額は、被保険者の所得に応じて設定される。

（例）70歳未満・年収約370万円～約770万円の場合（3割負担）



患者負担割合及び高額療養費自己負担限度額（現行）

70歳未満	負担割合		月単位の上限額（円）	
	3割（※1）	年収約1,160万円～ 健保：標報83万円以上／国保：旧ただし書き所得901万円超	$252,600 + (\text{医療費} - 842,000) \times 1\%$ <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：旧ただし書き所得600万～901万円	$167,400 + (\text{医療費} - 558,000) \times 1\%$ <多数回該当：93,000>	
		年収約370～約770万円 健保：標報28万～50万円／国保：旧ただし書き所得210万～600万円	$80,100 + (\text{医療費} - 267,000) \times 1\%$ <多数回該当：44,400>	
		～年収約370万円 健保：標報26万円以下／国保：旧ただし書き所得210万円以下	57,600 <多数回該当：44,400>	
住民税非課税	35,400 <多数回該当：24,600>			

70歳以上			外来（個人ごと）	上限額（世帯ごと）
	3割	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	$252,600 + (\text{医療費} - 842,000) \times 1\%$ <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	$167,400 + (\text{医療費} - 558,000) \times 1\%$ <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	$80,100 + (\text{医療費} - 267,000) \times 1\%$ <多数回該当：44,400>	
	70-74歳 2割	～年収約370万円 健保：標報26万円以下（※2）／国保・後期：課税所得145万円未満（※2）（※3）	18,000（※5） [年14.4万円（※6）]	57,600 <多数回該当：44,400>
	75歳以上 1割（※4）	住民税非課税	8,000	24,600
住民税非課税 （所得が一定以下）	15,000			

※1 義務教育就学前の者については2割。

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

※3 旧ただし書き所得の合計額が210万円以下の場合も含む。

※4 課税所得が28万円以上かつ年金収入＋その他の合計所得金額が200万円以上（複数世帯の場合は320万円以上）の者については2割。

※5 75歳以上の2割負担対象者について、施行後3年間、1月分の負担増加額は3000円以内となる。

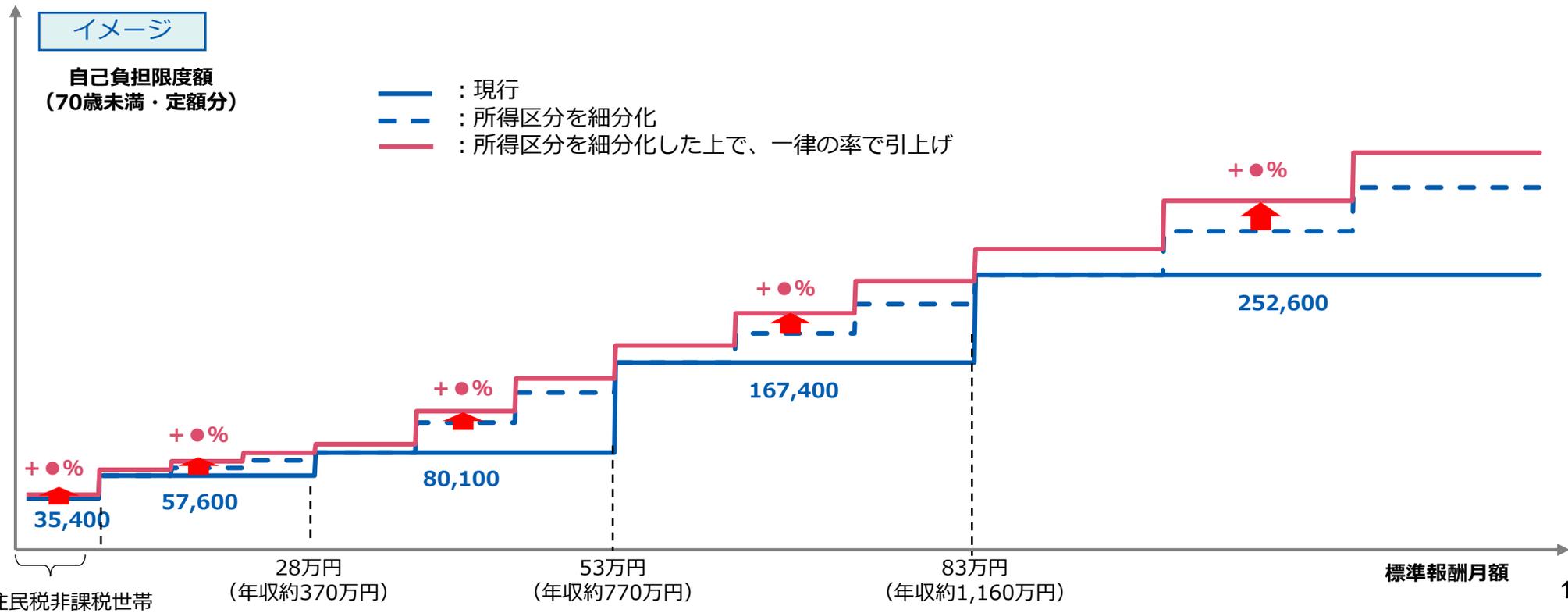
※6 1年間のうち一般区分又は住民税非課税区分であった月の外来の自己負担額の合計額について、14.4万円の上限を設ける。

機械的なモデル試算の考え方

- きめ細かい制度設計を行う観点から、**住民税非課税区分を除く各所得区分の細分化**（下記図青点線）を行った上で、自己負担限度額を**機械的に一律の率で引き上げた**（下記図赤線）**場合の保険料等への影響**について分析を行う。
- 一律の率は**+5%、+7.5%、+10%、+12.5%、+15%**の5パターンで試算。

(参考1) 平成27年度→令和5年度の指標の変化
 ・世帯主収入（家計調査）：+7.0% ・CPI（生鮮食品を除く総合）：+7.5% ・平均給与（男女計・民間給与実態統計調査）：+9.5%
 ・世帯収入（家計調査）：+15.9%

(参考2) 協会けんぽの平均総報酬月額の変遷
 ・平成27年度：約32万円→令和4年度：約34万円（+6.5%）
 ※ 令和4年度の平均総報酬月額に令和5年及び令和6年における春闘の平均賃上げ率（ベア・300人未満）を機械的に乗じると、平均総報酬月額は約35万円となる。（春闘の平均賃上げ率（ベア・300人未満）→令和5年：+1.96%、令和6年：+3.16%）



機械的なモデル試算の結果

(粗い推計)

一律の率	+ 5%	+ 7.5%	+ 10%	+ 12.5%	+ 15%
保険料	▲2,600億円	▲3,100億円	▲3,500億円	▲3,900億円	▲4,300億円
加入者1人当たり 保険料軽減額(年額)	▲600円 ～▲3,500円	▲800円 ～▲4,100円	▲900円 ～▲4,600円	▲1,100円 ～▲5,100円	▲1,200円 ～▲5,600円
給付費	▲3,600億円	▲4,300億円	▲5,000億円	▲5,600億円	▲6,200億円
実効給付率の低下幅	▲0.43%	▲0.51%	▲0.59%	▲0.67%	▲0.74%

※ 実効給付率は、平成27年度から令和3年度の6年間で+0.62%増加している。(84.84%→85.46%)

※1 満年度ベースの推計値。

※2 本推計は、一定の仮定をおいて行ったものであり、結果は相当程度の幅をもって見る必要がある。

※3 実効給付率が変化した場合に経験的に得られている医療費の増減効果(いわゆる長瀬効果(+5% : ▲1,500億円、+7.5% : ▲1,800億円、+10% : ▲2,100億円、+12.5% : ▲2,400億円、+15% : ▲2,700億円 ※いずれも給付費))を見込んでいる。

※4 加入者一人当たり保険料軽減額(年額)については、制度ごとの加入者一人当たり保険料軽減額について最低値と最高値を示したものの。

自己負担限度額を引き上げた場合のイメージ（医療費300万円の例）

（例1）70歳未満・年収約370万円～約770万円の場合（3割負担）

保険給付率



（例2）70歳以上・住民税非課税世帯の場合（1割負担）



※所得区分の細分化は考慮していない

高額療養費の所得区分別の加入者数（令和3年度）

[70歳未満]

	医療保険計			
	協会けんぽ	組合健保	市町村国保	
年収約1,160万円～ 健保：標報83万円以上／国保：旧ただし書き所得901万円超	約 370 万人 (3.8%)	約 120 万人 (3.1%)	約 150 万人 (5.3%)	約 40 万人 (2.1%)
年収約770～約1,160万円 健保：標報53万～79万円／国保：旧ただし書き所得600万～901万円	約 1,090 万人 (11.2%)	約 240 万人 (6.1%)	約 600 万人 (21.4%)	約 40 万人 (2.1%)
年収約370～約770万円 健保：標報28万～50万円／国保：旧ただし書き所得210万～600万円	約 4,120 万人 (42.3%)	約 1,790 万人 (45.9%)	約 1,450 万人 (51.5%)	約 310 万人 (16.3%)
～年収約370万円 健保：標報26万円以下／国保：旧ただし書き所得210万円以下	約 3,440 万人 (35.4%)	約 1,710 万人 (43.9%)	約 610 万人 (21.8%)	約 820 万人 (43.4%)
住民税非課税	約 720 万人 (7.4%)	約 30 万人 (0.9%)	約 1 万人 (0.0%)	約 680 万人 (36.1%)
計	約 9,730 万人 (100.0%)	約 3,900 万人 (100.0%)	約 2,820 万人 (100.0%)	約 1,880 万人 (100.0%)

[70歳以上]

	70～74歳計				後期高齢者
	協会けんぽ	組合健保	市町村国保		
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	約 10 万人 (1.2%)	約 4 万人 (3.1%)	約 1 万人 (3.3%)	約 4 万人 (0.6%)	約 20 万人 (1.3%)
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	約 10 万人 (0.9%)	約 3 万人 (2.2%)	約 0 万人 (1.3%)	約 4 万人 (0.6%)	約 20 万人 (1.1%)
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	約 80 万人 (8.5%)	約 20 万人 (14.9%)	約 10 万人 (26.8%)	約 40 万人 (5.8%)	約 80 万人 (4.4%)
～年収約370万円 健保：標報26万円以下(※1)／国保・後期：課税所得145万円未満(※1)(※2)	約 540 万人 (59.9%)	約 100 万人 (74.5%)	約 20 万人 (68.3%)	約 400 万人 (56.6%)	約 940 万人 (51.6%)
住民税非課税	約 190 万人 (21.4%)	約 2 万人 (1.8%)	約 0 万人 (0.2%)	約 190 万人 (26.8%)	約 450 万人 (24.9%)
住民税非課税（所得がない者）	約 70 万人 (8.1%)	約 5 万人 (3.5%)	約 0 万人 (0.1%)	約 70 万人 (9.5%)	約 300 万人 (16.6%)
計	約 900 万人 (100.0%)	約 130 万人 (100.0%)	約 40 万人 (100.0%)	約 710 万人 (100.0%)	約 1,820 万人 (100.0%)

- ※1 収入の合計額が520万円未満（1人世帯の場合は383万円未満）の場合も含む。 ※2 旧ただし書き所得の合計額が210万円以下の場合も含む ※3 協会けんぽの欄には日雇特例を含む。
 ※4 協会けんぽ及び組合健保は、「健康保険・船員保険被保険者実態調査」により推計したもの。なお、標準報酬月額7.8万円以下（総報酬約100万円以下）の加入者を低所得区分（うち70歳以上については標準報酬月額5.8万円以下の加入者を低所得Ⅰ）と仮定して推計。
 ※5 市町村国保は、「国民健康保険実態調査報告」における所得不詳の人数を除いた所得区分の割合等から推計したもの。
 ※6 後期高齢者は、「後期高齢者事業月報」による。 ※7 日雇特例及び国保組合は、協会けんぽの所得区分別加入者割合より推計。共済組合は、組合健保の所得区分別加入者割合より推計。

高額療養費の支給実績（令和3年度）

		合計	うち多数回該当分 ※1
協会 (一般)	件数 (万件)	485	36
	金額 (億円)	5,813	121
	1件当金額 (円)	119,962	33,431
組合健保	件数 (万件)	259	29
	金額 (億円)	3,103	138
	1件当金額 (円)	119,821	46,905
共済組合	件数 (万件)	73	
	金額 (億円)	842	※2
	1件当金額 (円)	115,124	
市町村国保	件数 (万件)	1,975	305
	金額 (億円)	11,151	2,071
	1件当金額 (円)	56,470	67,841
後期	件数 (万件)	3,363	
	金額 (億円)	7,126	※2
	1件当金額 (円)	21,189	

（出典）厚生労働省「医療保険に関する基礎資料」、「国民健康保険事業年報」

※1 多数回該当分については、協会（一般）及び組合健保については現金給付分。

※2 共済組合及び後期高齢者医療制度については、多数回該当分の実績は把握していない。

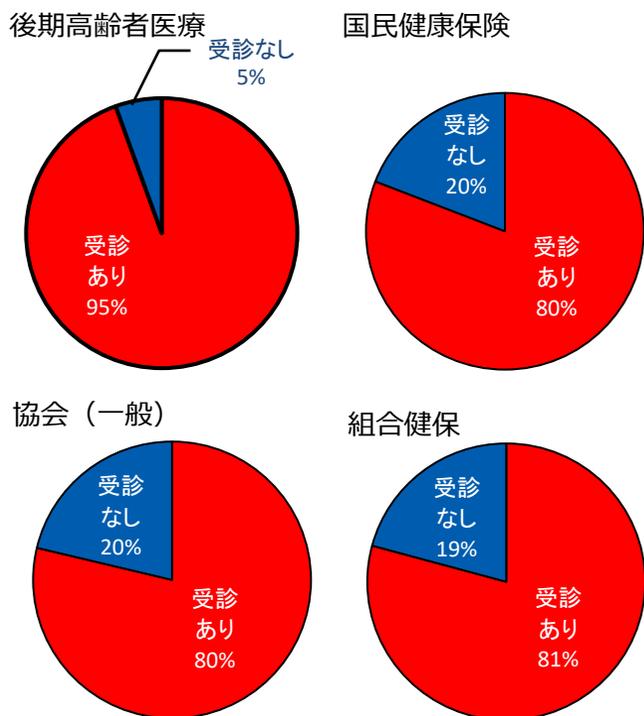
高額療養費の推移

(出典) 厚生労働省「医療保険に関する基礎資料」

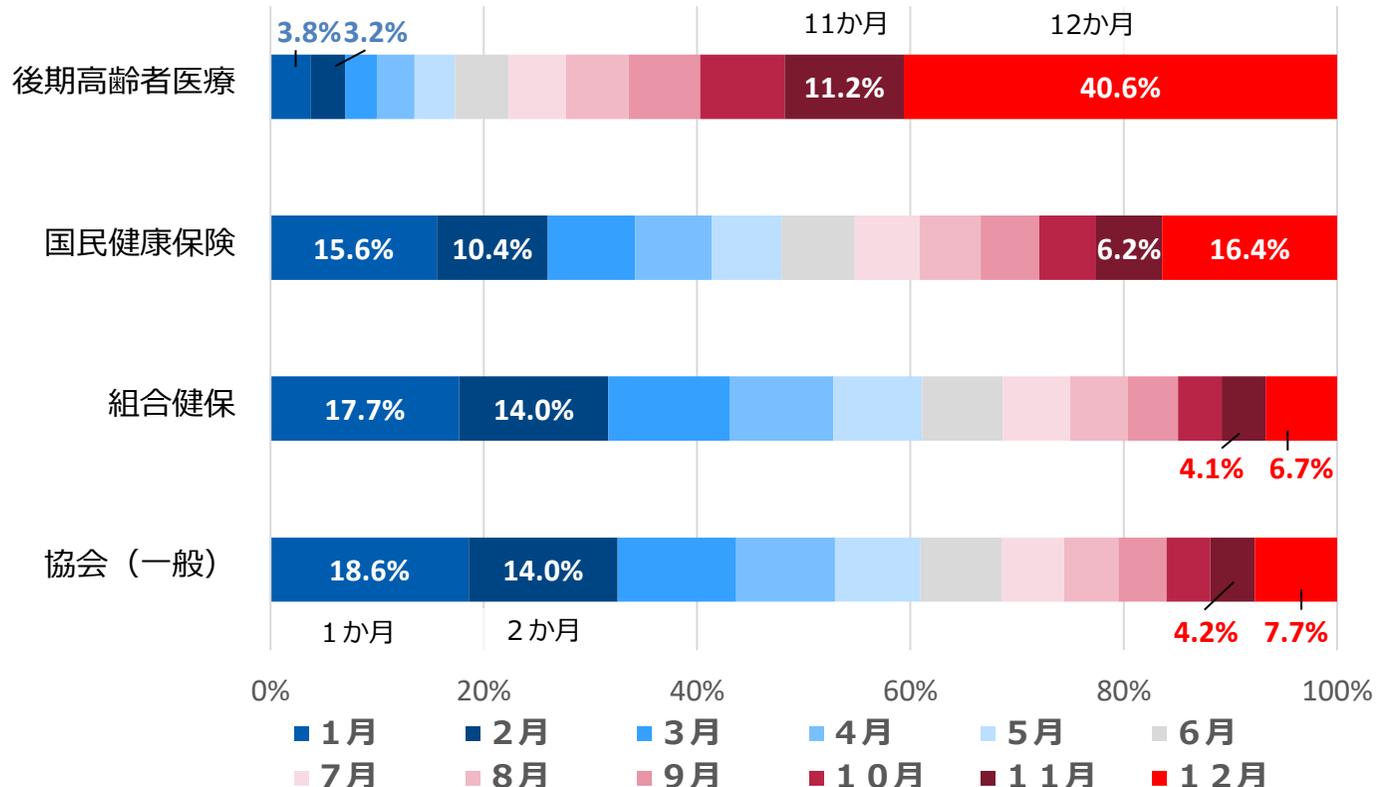
		協会（一般）			組合健保			共済組合			市町村国保			後期高齢者医療制度期		
		現物給付	現金給付	計	現物給付	現金給付	計	現物給付	現金給付	計	現物給付	現金給付	計	現物給付	現金給付	計
支給 件 数 (件)	平成24年度	2,465,150	674,103	3,139,253	1,359,398	679,147	2,038,545	396,379	234,325	630,704	9,902,356	4,883,172	14,785,528	11,127,261	19,550,973	30,678,234
	25	2,639,110	596,590	3,235,700	1,434,832	644,956	2,079,788	423,856	236,046	659,902	10,405,723	5,032,994	15,438,717	11,904,148	20,349,304	32,253,452
	26	2,825,781	606,750	3,432,531	1,505,137	645,309	2,150,446	434,369	229,547	663,916	10,787,188	5,410,795	16,197,983	12,435,783	21,055,165	33,490,948
	27	3,148,647	584,048	3,732,695	1,605,927	702,758	2,308,685	446,414	242,395	688,809	11,277,925	6,438,795	17,716,720	13,178,179	22,501,833	35,680,012
	28	3,262,116	727,106	3,989,222	1,633,772	703,016	2,336,788	444,671	233,982	678,653	11,101,213	7,057,673	18,158,886	13,553,994	22,092,293	35,646,287
	29	3,423,431	789,211	4,212,642	1,695,494	711,757	2,407,251	451,514	233,275	684,789	10,674,801	7,860,485	18,535,286	13,411,567	22,142,706	35,554,273
	30	3,504,348	808,170	4,312,518	1,711,587	707,296	2,418,883	451,617	224,922	676,539	10,044,305	8,456,566	18,500,871	12,715,280	20,611,614	33,326,894
	令和元年度	3,717,933	858,811	4,576,744	1,746,874	697,935	2,444,809	467,363	375,261	842,624	9,838,523	9,200,509	19,039,032	12,940,159	20,641,207	33,581,366
	2	3,724,131	955,757	4,679,888	1,730,205	705,044	2,435,249	459,106	235,138	694,244	9,719,967	9,166,778	18,886,745	12,974,286	19,720,860	32,695,146
	3	3,947,471	898,081	4,845,552	1,848,079	741,969	2,590,048	486,429	244,997	731,426	10,067,083	9,680,063	19,747,146	13,453,919	20,176,552	33,630,471
支給 金 額 (百 万 円)	平成24年度	297,344	42,268	339,612	172,464	43,452	215,916	51,294	14,605	65,899	848,186	131,353	979,539	396,765	124,807	521,572
	25	317,207	34,894	352,101	181,233	39,007	220,240	55,228	13,047	68,276	879,561	120,591	1,000,153	418,358	124,542	542,900
	26	339,032	34,181	373,214	189,995	37,288	227,283	56,755	12,077	68,832	905,588	115,612	1,021,200	438,210	127,117	565,327
	27	395,904	31,969	427,872	210,679	37,189	247,867	59,157	11,721	70,878	974,792	119,810	1,094,602	474,557	133,211	607,768
	28	414,455	34,214	448,670	218,279	35,858	254,137	60,890	10,864	71,754	1,000,696	115,893	1,116,589	492,924	133,073	625,998
	29	440,257	34,206	474,463	226,971	34,954	261,925	61,179	10,424	71,603	971,038	113,848	1,084,886	499,992	143,172	643,164
	30	463,373	33,118	496,491	239,146	35,328	274,474	63,671	10,145	73,815	962,675	118,943	1,081,618	493,388	147,520	640,907
	令和元年度	501,473	34,456	535,929	250,001	35,154	285,154	66,424	10,192	76,616	964,085	124,296	1,088,381	515,903	161,599	677,502
	2	511,242	36,618	547,861	253,067	35,368	288,435	68,416	10,290	78,706	954,599	122,164	1,076,763	526,186	156,485	682,670
	3	547,839	33,441	581,280	273,802	36,541	310,343	73,725	10,480	84,205	991,570	123,553	1,115,123	555,028	157,562	712,590
1 件 当 た り 金 額 (円)	平成24年度	120,619	62,702	108,182	126,868	63,981	105,917	129,405	62,328	104,484	85,655	26,899	66,250	35,657	6,384	17,001
	25	120,195	58,489	108,817	126,310	60,480	105,895	130,300	55,275	103,464	84,527	23,960	64,782	35,144	6,120	16,832
	26	119,978	56,335	108,728	126,231	57,783	105,691	130,660	52,612	103,676	83,950	21,367	63,045	35,238	6,037	16,880
	27	125,738	54,736	114,628	131,188	52,918	107,363	132,516	48,354	102,899	86,434	18,607	61,784	36,011	5,920	17,034
	28	127,051	47,056	112,470	133,604	51,006	108,755	136,932	46,432	105,730	90,143	16,421	61,490	36,367	6,024	17,561
	29	128,601	43,342	112,628	133,867	49,109	108,807	135,497	44,687	104,562	90,965	14,484	58,531	37,281	6,466	18,090
	30	132,228	40,979	115,128	139,722	49,949	113,471	140,983	45,104	109,107	95,843	14,065	58,463	38,803	7,157	19,231
	令和元年度	134,879	40,121	117,098	143,113	50,368	116,637	142,125	27,159	90,925	97,991	13,510	57,166	39,868	7,829	20,175
	2	137,278	38,313	117,067	146,264	50,164	118,442	149,019	43,761	113,369	98,210	13,327	57,012	40,556	7,935	20,880
	3	138,782	37,236	119,962	148,155	49,248	119,821	151,563	42,776	115,124	98,496	12,764	56,470	41,254	7,809	21,189

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

年間で外来受診した患者の割合



受診ありの者の受診月数



(出典) 医療給付費実態調査 (令和4年度)

(注) 1. 集計対象は、協会（一般）、組合健保、国民健康保険及び後期高齢者医療の加入者である。

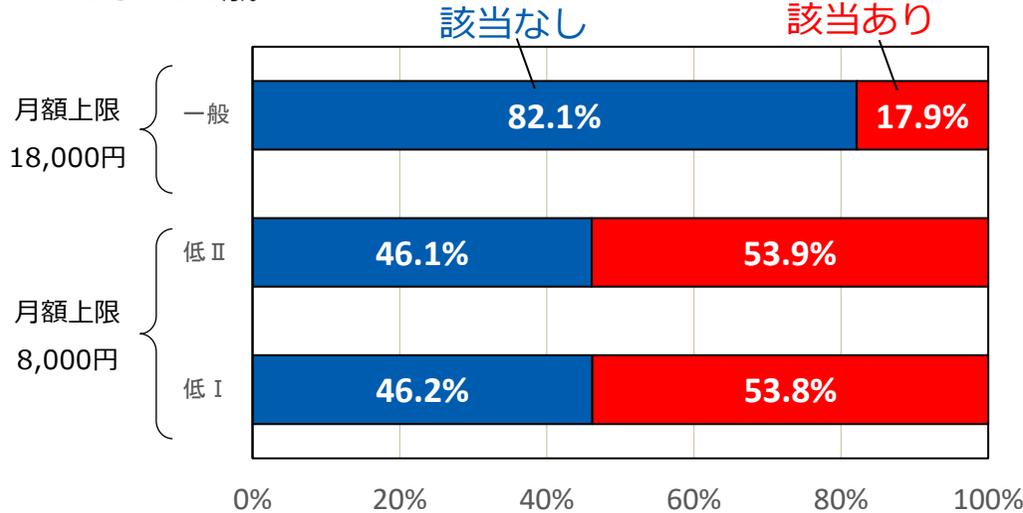
2. 同一医療保険制度内の同一の者に係るレセプトを合計し、個人単位のデータにして集計(「名寄せ」)したもののから、令和4年度において1年間のうち外来を受診したことのある月の数を集計したもの。

3. 加入者数は、データの提出のあった保険者の加入者数の合計である。

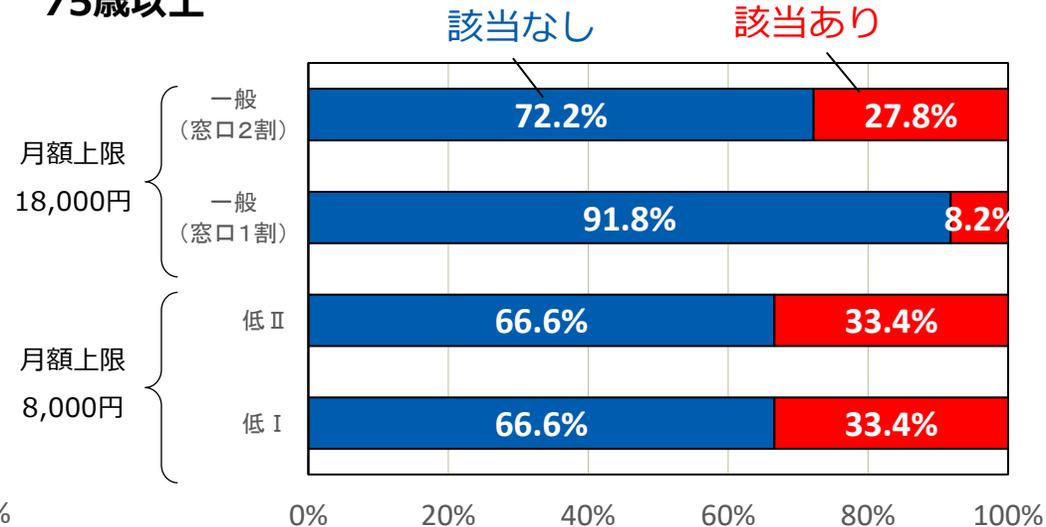
外来特例に該当する患者の割合

外来の月額上限（月間1.8万円または8千円）に該当する患者の割合※

70～74歳



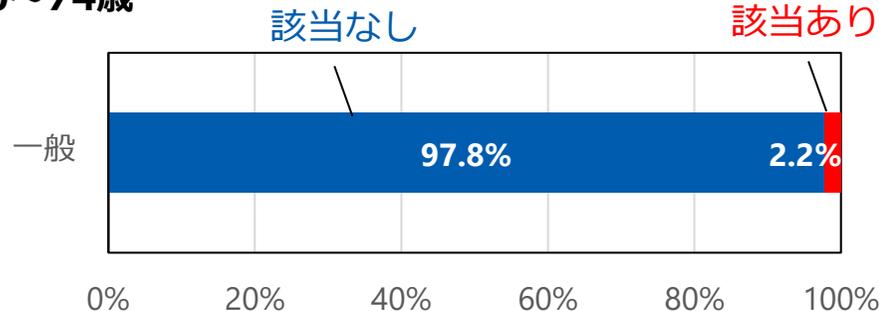
75歳以上



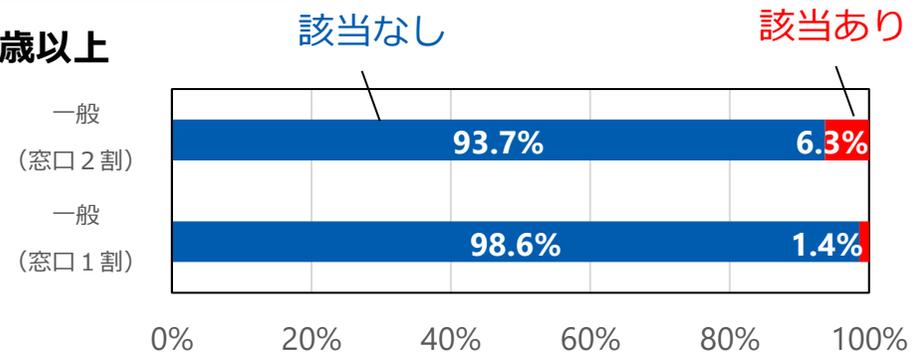
(※) 外来の月額上限に該当する患者の割合は、1年間に1回以上外来特例に該当する者の患者数に占める割合を示している。

外来の年間上限（年間14.4万円）に該当する患者の割合

70～74歳



75歳以上



(出典) 令和4年度医療給付実態調査のレセプトデータを基に保険局調査課において推計

(注) いずれも患者数に占める割合。一般（窓口2割負担）については、年間を通じて2割負担であって窓口負担引き上げに伴う外来の配慮措置がない場合として推計。

高齢者の高額療養費における外来特例について

外来特例の経緯・考え方

【経緯】

- 70歳以上の高齢者の外来特例は、平成14年10月に、それまで設けられていた外来の月額上限額を廃止し、定率1割負担の徹底を行った際に、
 - ・ 高齢者は外来の受診頻度が若年者に比べて高いこと
 - ・ 高齢者の定率1割負担を導入してから間もない（平成13年から実施）こと等を考慮して設けられたもの。
- 平成29・30年の高額療養費制度の見直しの際に、直近の患者の医療費の分布を基に一般区分の限度額を引き上げるとともに、年間の負担額が変わらないよう外来の年間上限を設定（14.4万円）。さらに、平成30年に、現役並み所得者の細分化に伴い、世代間の負担のバランス・負担能力に応じた負担の観点から、現役並み所得者の外来特例を廃止。

【限度額設定の考え方】

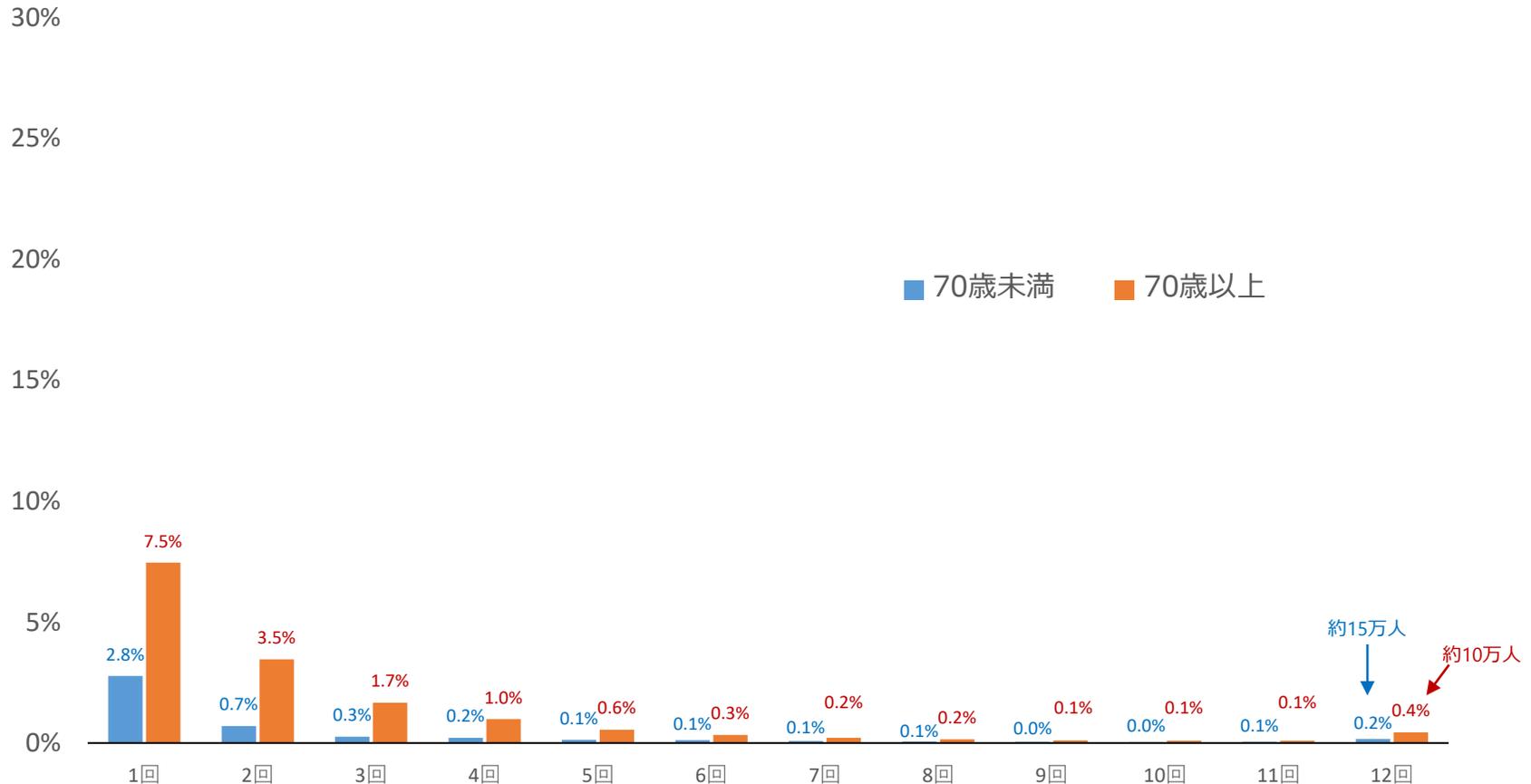
- 一般区分の外来の月額上限は、平成14年の制度導入時及び平成29・30年の見直し時に直近の一人当たり医療費の上位2～3%程度（統計的な例外値）の1割に当たる水準で設定（平成14年～：12,000円、平成30年～：18,000円）。
- 低所得者については、平成14年の制度導入時、自己負担限度額が一般のものに占める割合を踏まえ、一般区分の概ね2/3の水準で設定（8,000円）。その後限度額の見直しは行われていない。

[70歳以上の一般・低所得者の自己負担限度額（現行）]

所得区分	上限額（世帯ごと）	
	外来(個人ごと)	
一般	18,000円 [年14.4万円]	57,600円 <多数回該当：44,400円>
住民税非課税	8,000円	24,600円
住民税非課税 (所得が一定以下)		15,000円

高額療養費の年間該当回数別の患者割合（ごく粗い推計）

患者に占める高額療養費の年間該当回数（外来特例等を除く）別割合

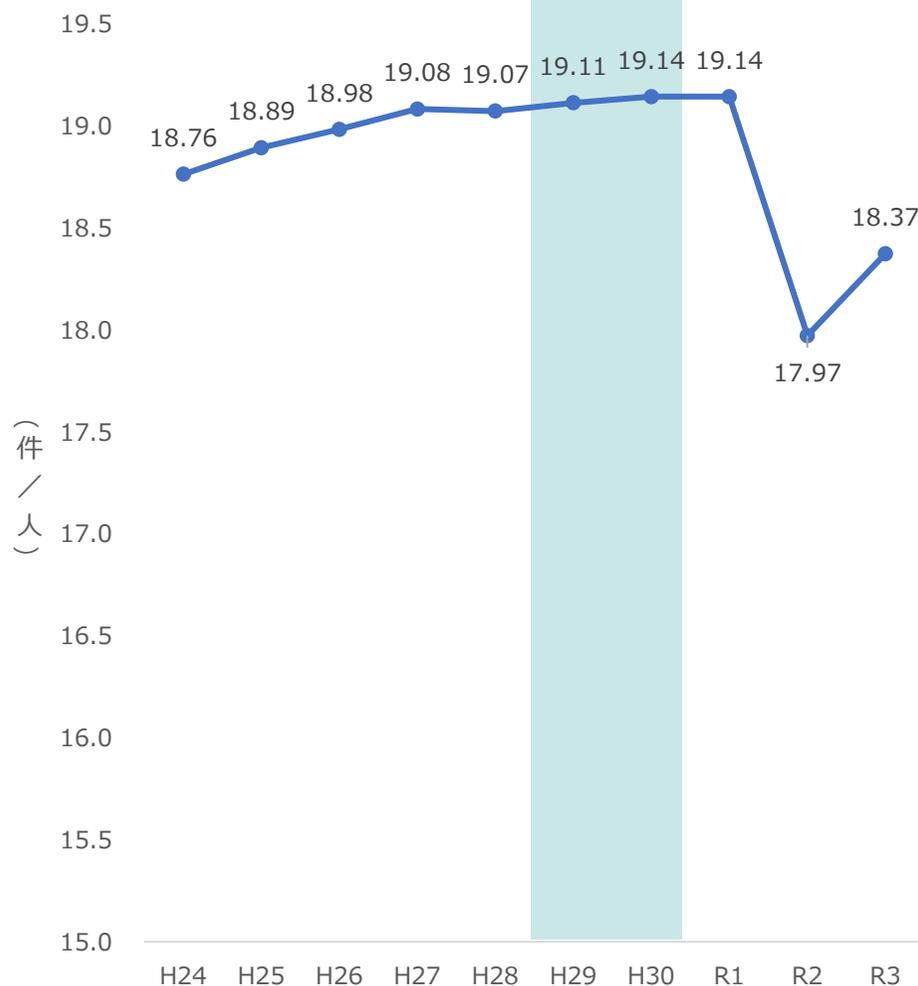


※. 令和4年度の医療費、加入者数をベースとして、現行の高額療養費制度に当てはめた場合の受給者数等を推計したもの。
なお、患者負担割合については後期高齢者の2割負担導入後のものとし、配慮措置については考慮しないものとして推計。

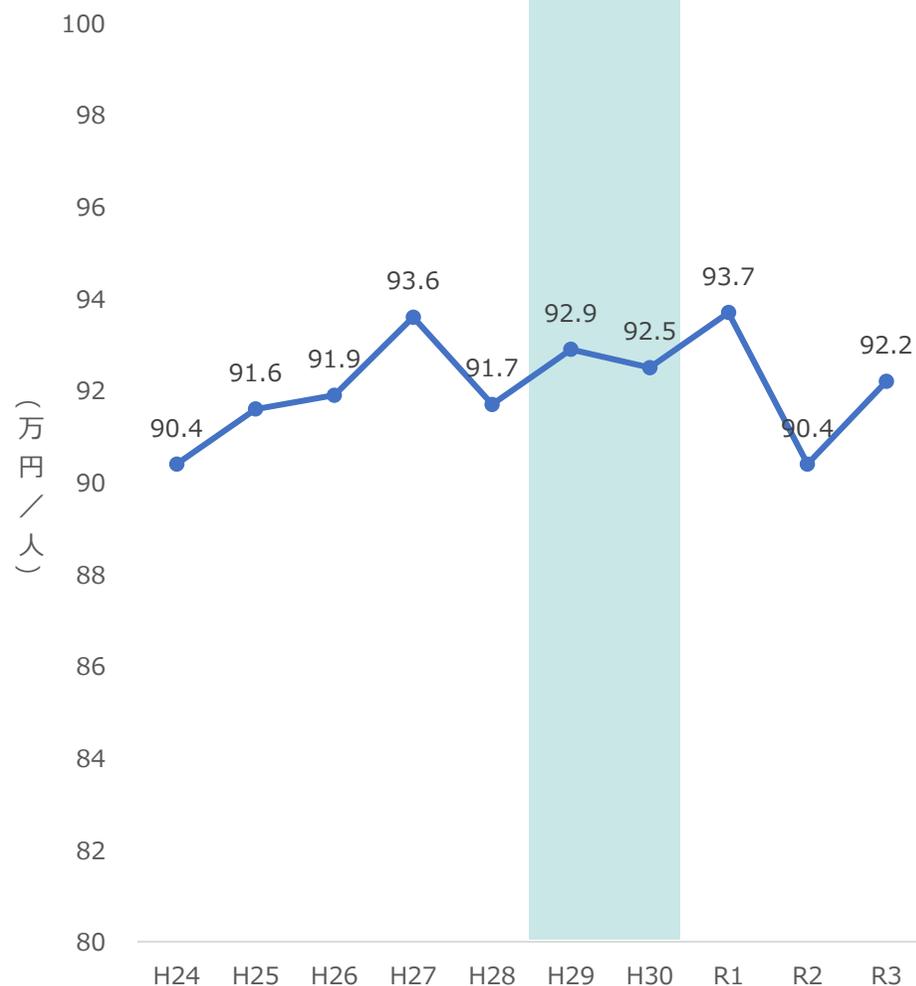
※. 高額療養費の該当回数は、外来特例等を除く。

後期高齢者医療制度における受診率、一人当たり診療費の推移

受診率



一人当たり診療費



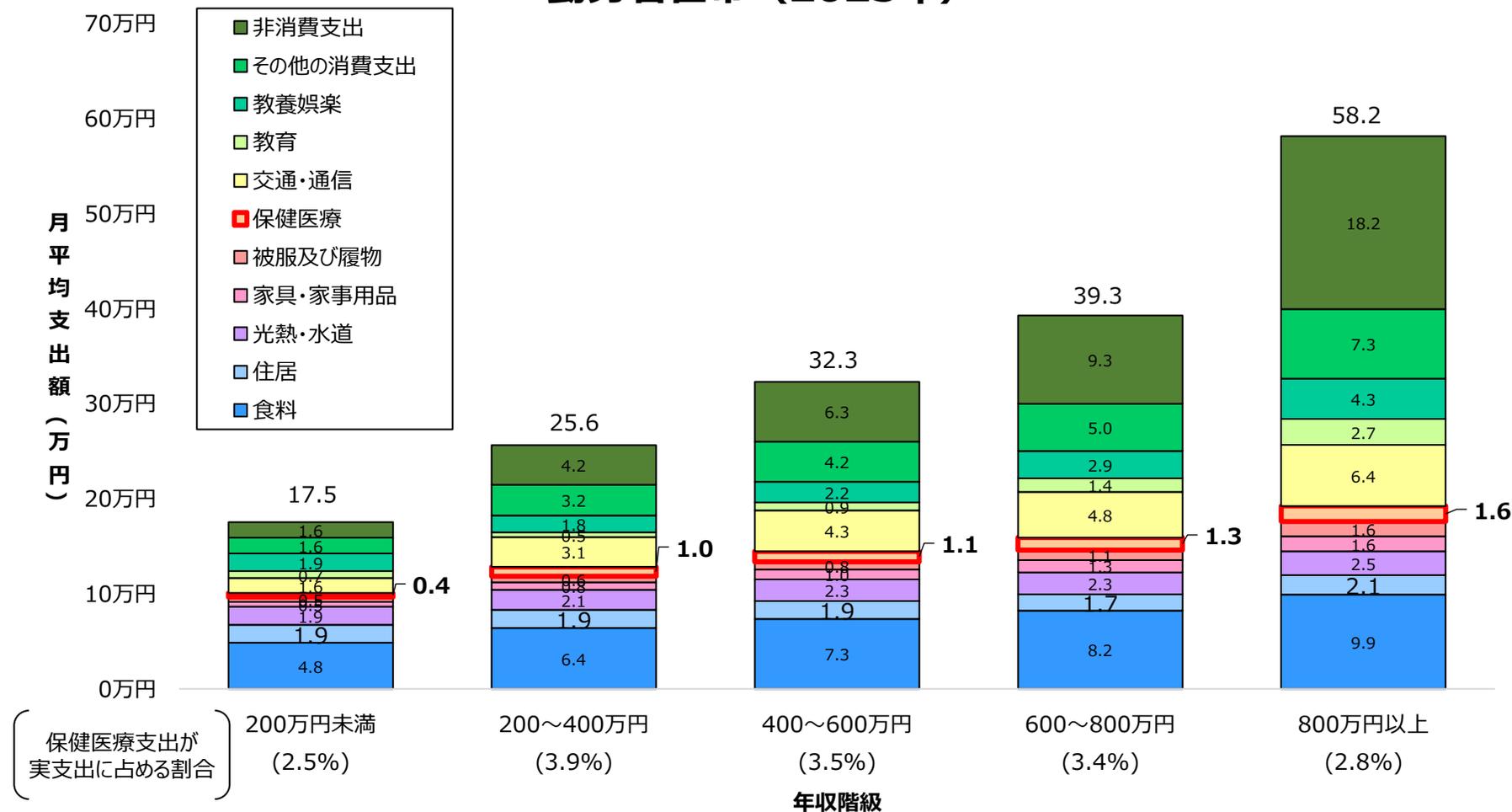
(出典) 厚生労働省保険局「医療保険に関する基礎資料」

※受診率は、件数を加入者数で除したものであり、件数は医科入院、医科入院外、歯科についての合計である。

※一人当たり診療費は、医科入院、医科入院外、歯科、調剤、入院時食事・生活療養費についての診療費の合計額（保険給付費、患者負担額及び公費負担額を含む）であり、療養費は含まない。

家計における支出の状況（2023年、2人以上世帯、勤労者世帯）

勤労者世帯（2023年）



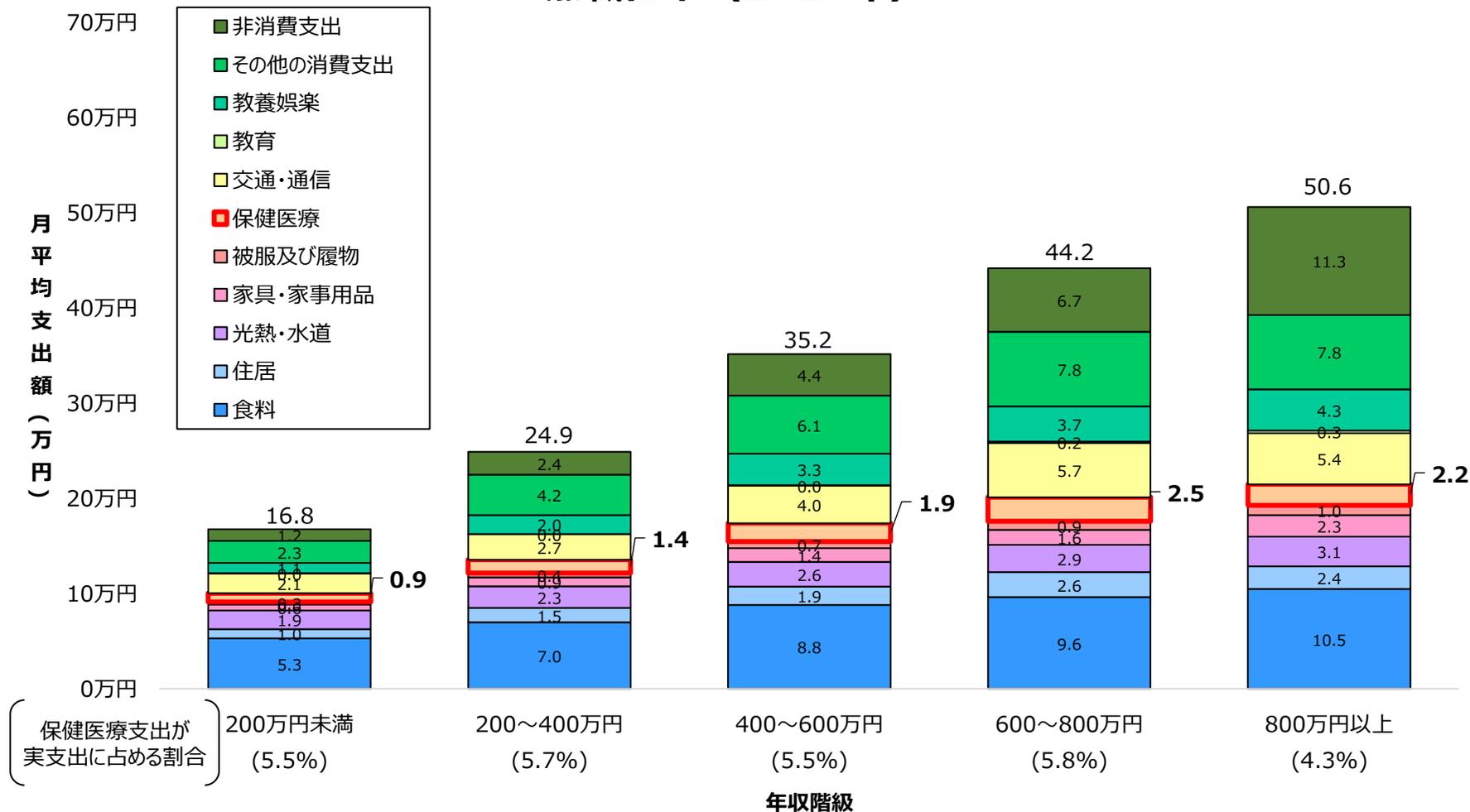
資料出所：総務省「家計調査」を基に、厚生労働省保険局において作成

※「保健医療」は、医療に係る自己負担額、医薬品、医療器具などに要する支出

※集計世帯数については、200万円未満：26世帯、200~400万円：386世帯、400~600万円：997世帯、600~800万円：1138世帯、800万円以上：1378世帯

家計における支出の状況（2023年、2人以上世帯、無職世帯）

無職世帯（2023年）



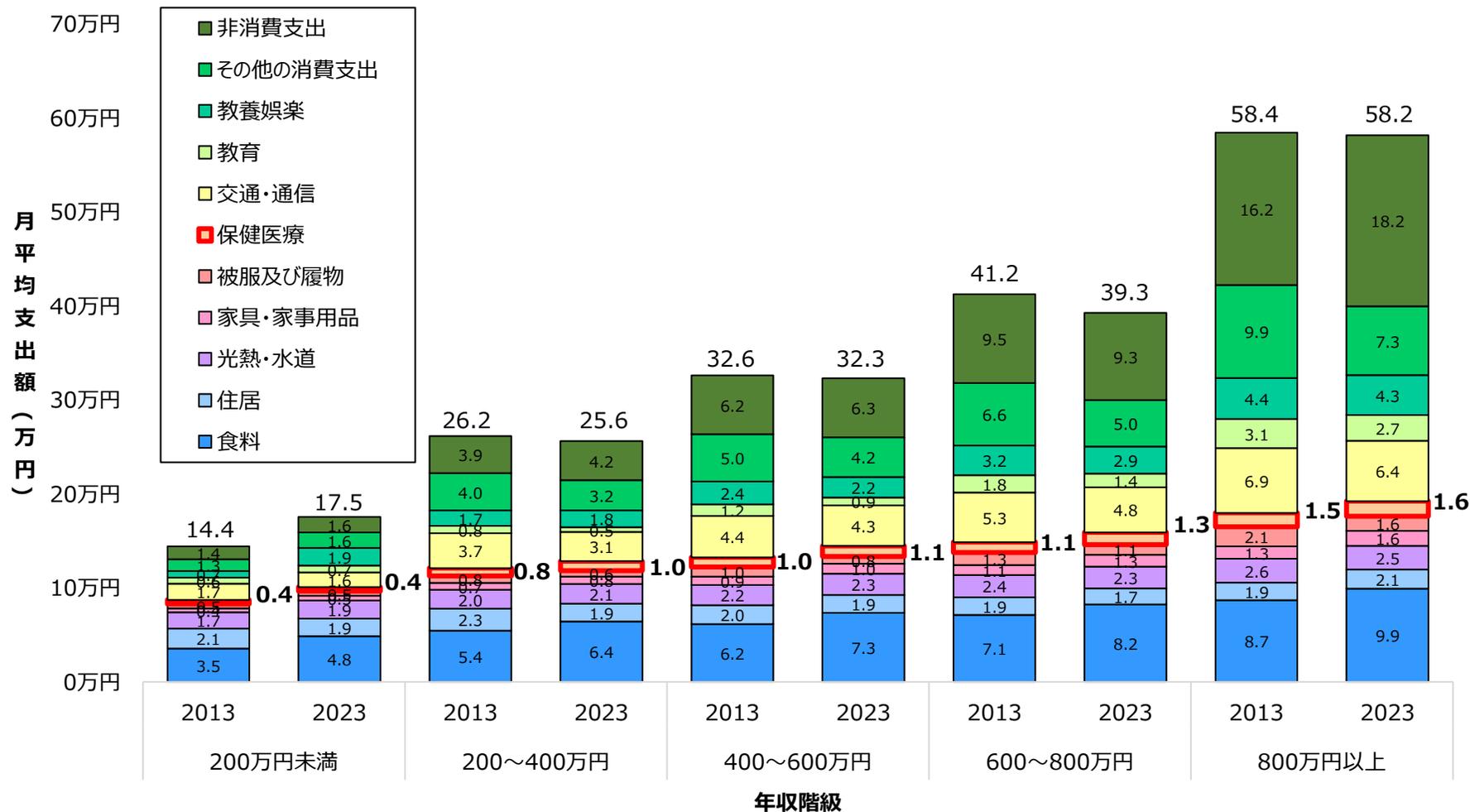
資料出所：総務省「家計調査」を基に、厚生労働省保険局において作成

※「保健医療」は、医療に係る自己負担額、医薬品、医療器具などに要する支出

※集計世帯数については、200万円未満：178世帯、200~400万円：1577世帯、400~600万円：590世帯、600~800万円：129世帯、800万円以上：74世帯

家計における支出の比較（2人以上世帯、勤労者世帯）

勤労者世帯における支出の推移

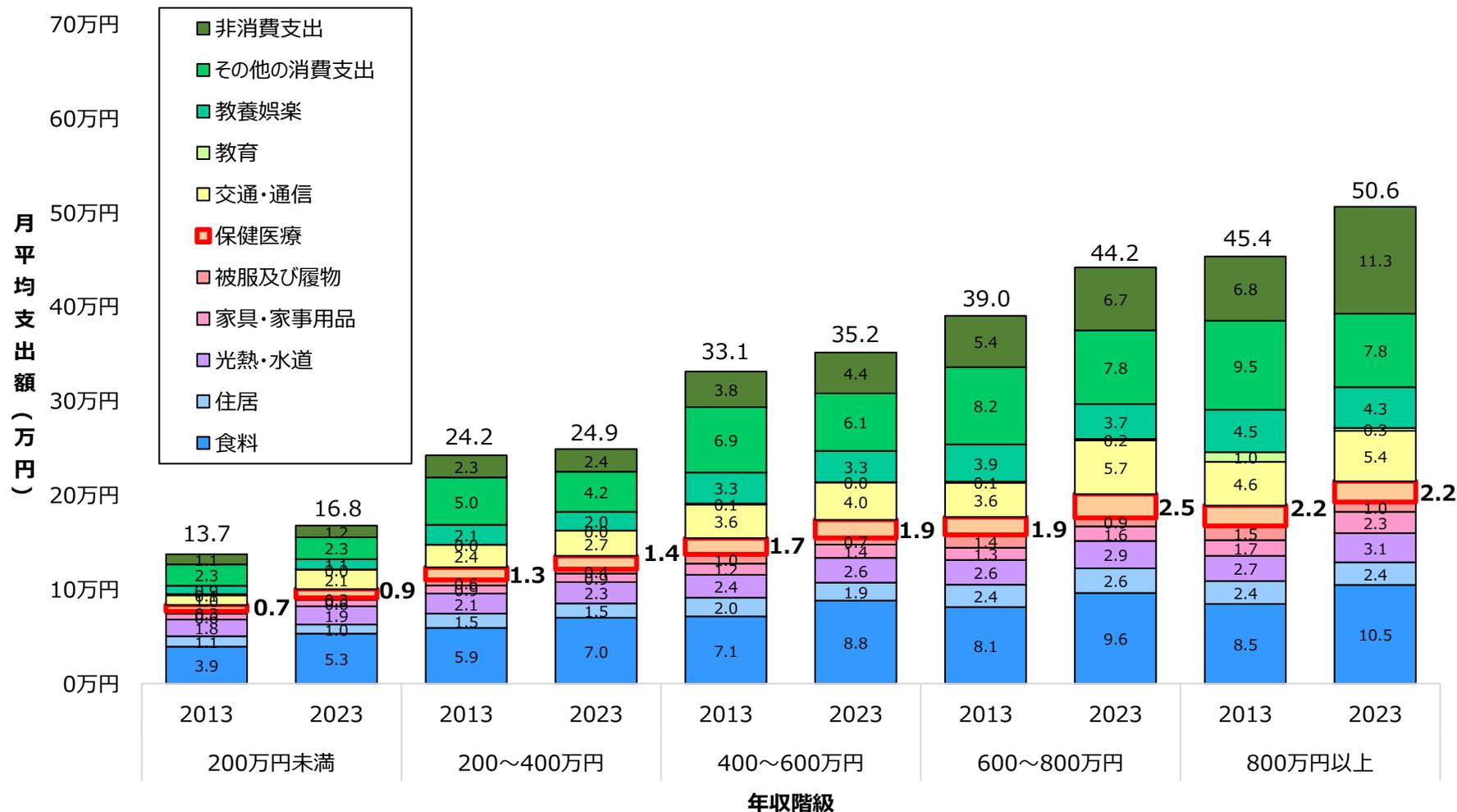


資料出所：総務省「家計調査」を基に、厚生労働省保険局において作成

※「保健医療」は、医療に係る自己負担額、医薬品、医療器具などに要する支出

家計における支出の比較（2人以上世帯、無職世帯）

無職世帯における支出の推移



資料出所：総務省「家計調査」を基に、厚生労働省保険局において作成

※「保健医療」は、医療に係る自己負担額、医薬品、医療器具などに要する支出

疾患ごとの自己負担額について（75歳以上・イメージ）

● 現行制度において、以下のような入院・外来受診を行っている高齢者（75歳以上）の医療費と自己負担額を試算。

- ① がんで1か月入院 ※平均在院日数22日
- ② 関節症（膝の痛みなど）で1か月通院 ※平均診療間隔8日
- ③ 関節症（膝の痛みなど）及び脂質異常症（高コレステロール血症等）で1か月通院 ※脂質異常症は平均診療間隔17日
- ④ がんで1か月通院 ※平均診療間隔12日

年収370万円～770万円程度の者（3割負担）

	1か月当たり医療費	自己負担額（月額）
①がんで入院	125.4万円	9.0万円（自己負担限度額に該当）
②関節症で外来受診	2.8万円	0.8万円
③関節症 及び 脂質異常症で外来受診	5.2万円	1.6万円
④がんで外来受診	16.8万円	5.0万円

年収330万円程度の者（2割負担）

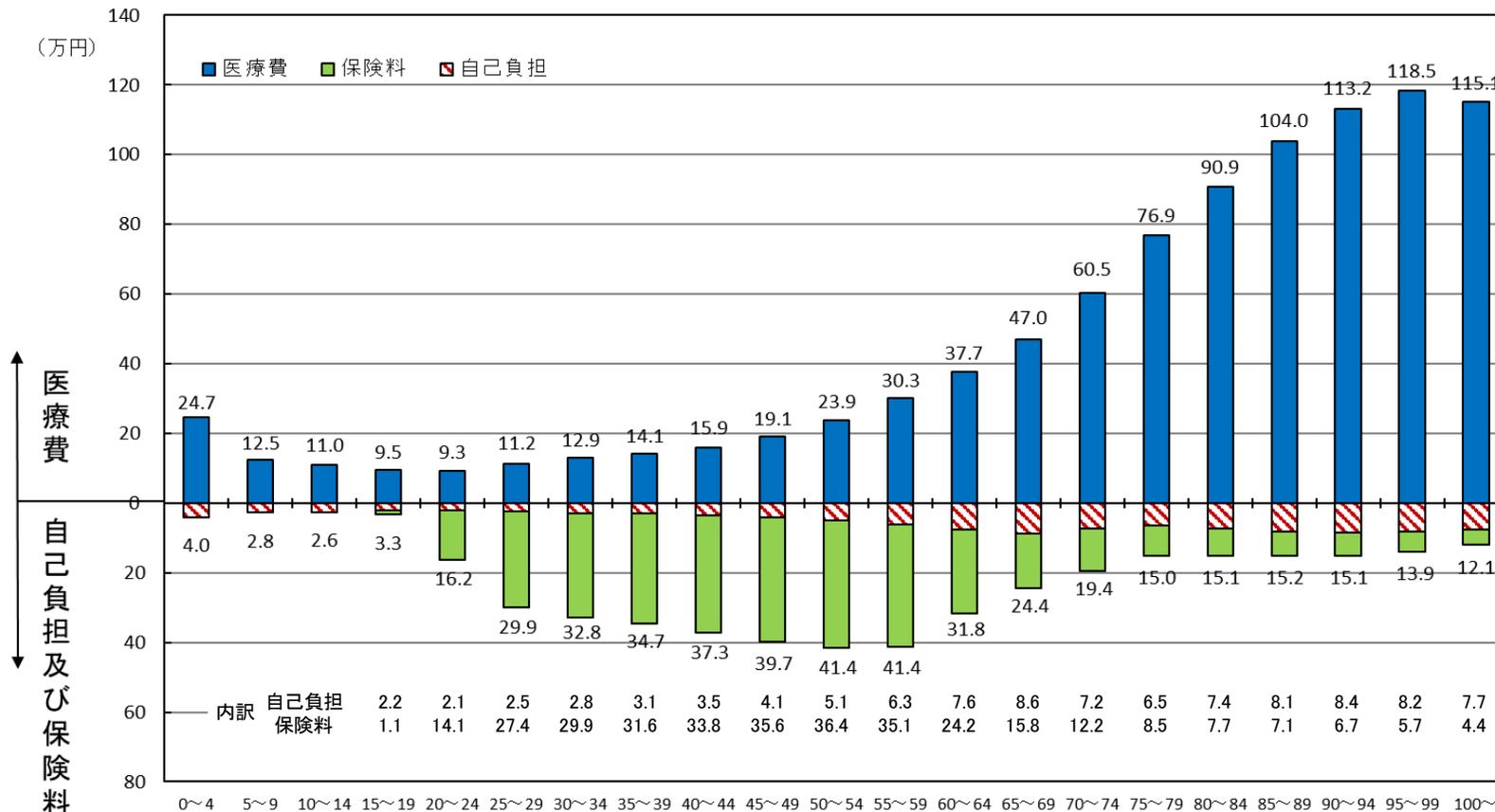
	1か月当たり医療費	自己負担額（月額）
①がんで入院	125.4万円	5.8万円（自己負担限度額に該当）
②関節症で外来受診	2.8万円	0.6万円
③関節症 及び 脂質異常症で外来受診	5.2万円	1.0万円
④がんで外来受診	16.8万円	1.8万円（外来特例月額上限に該当）

基礎年金のみの受給者（1割負担） ※ 年金収入80万円以下を想定

	1か月当たり医療費	自己負担額（月額）
①がんで入院	125.4万円	1.5万円（自己負担限度額に該当）
②関節症で外来受診	2.8万円	0.3万円
③関節症 及び 脂質異常症で外来受診	5.2万円	0.5万円
④がんで外来受診	16.8万円	0.8万円（外来特例月額上限に該当）

年齢による医療費と負担額の違い（令和3年度）

一般的に、年齢が高いほど平均的な医療費は高くなります。一方で、保険料の負担額は現役世代の間が比較的高くなります。



(注) 1. 1人当たりの医療費と自己負担は、それぞれ加入者の年齢階級別医療費及び自己負担をその年齢階級の加入者数で割ったものである。
 2. 自己負担は、医療保険制度における自己負担である。
 3. 1人当たり保険料は、被保険者(市町村国保は世帯主)の年齢階級別の保険料(事業主負担分を含む)を、その年齢階級別の加入者数で割ったものである。
 また、年齢階級別の保険料は健康保険被保険者実態調査、国民健康保険実態調査、後期高齢者医療制度被保険者実態調査等を基に推計した。
 4. 端数処理の関係で、数字が合わないことがある。

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)	R 2年度 (2020)	R 3年度 (2021)	R 4年度 (2022)
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%	4.0% (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%
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% (注2)
診療報酬改定等 ④	0.19%		0.004%		0.1% (注3)		-1.33% (注4)		-1.19% (注5)	-0.07% (注6)	-0.46% (注7)	-0.9% (注8)	-0.94%
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%	4.5%
制度改正					H26.4 70-74歳 2割負担 (注9)								

注1：医療費の伸び率は、令和3年度までは国民医療費の伸び率、令和4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4年度の高齢化の影響は、令和3年度の年齢別1人当たり医療費と令和3年度、4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%。

なお、「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5：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6：令和元年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。

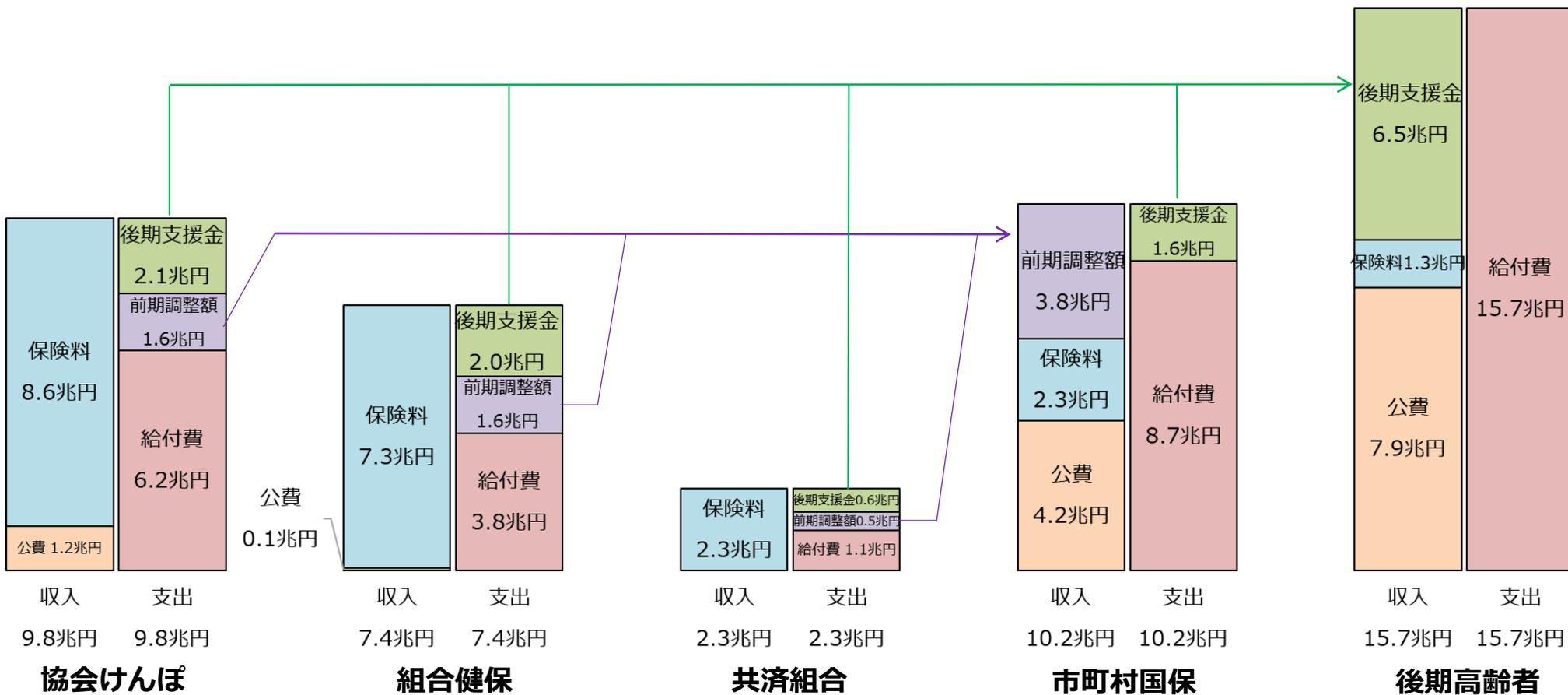
注7：令和元年10月消費税引上げに伴う診療報酬改定に係る平年度効果分を含む。

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。

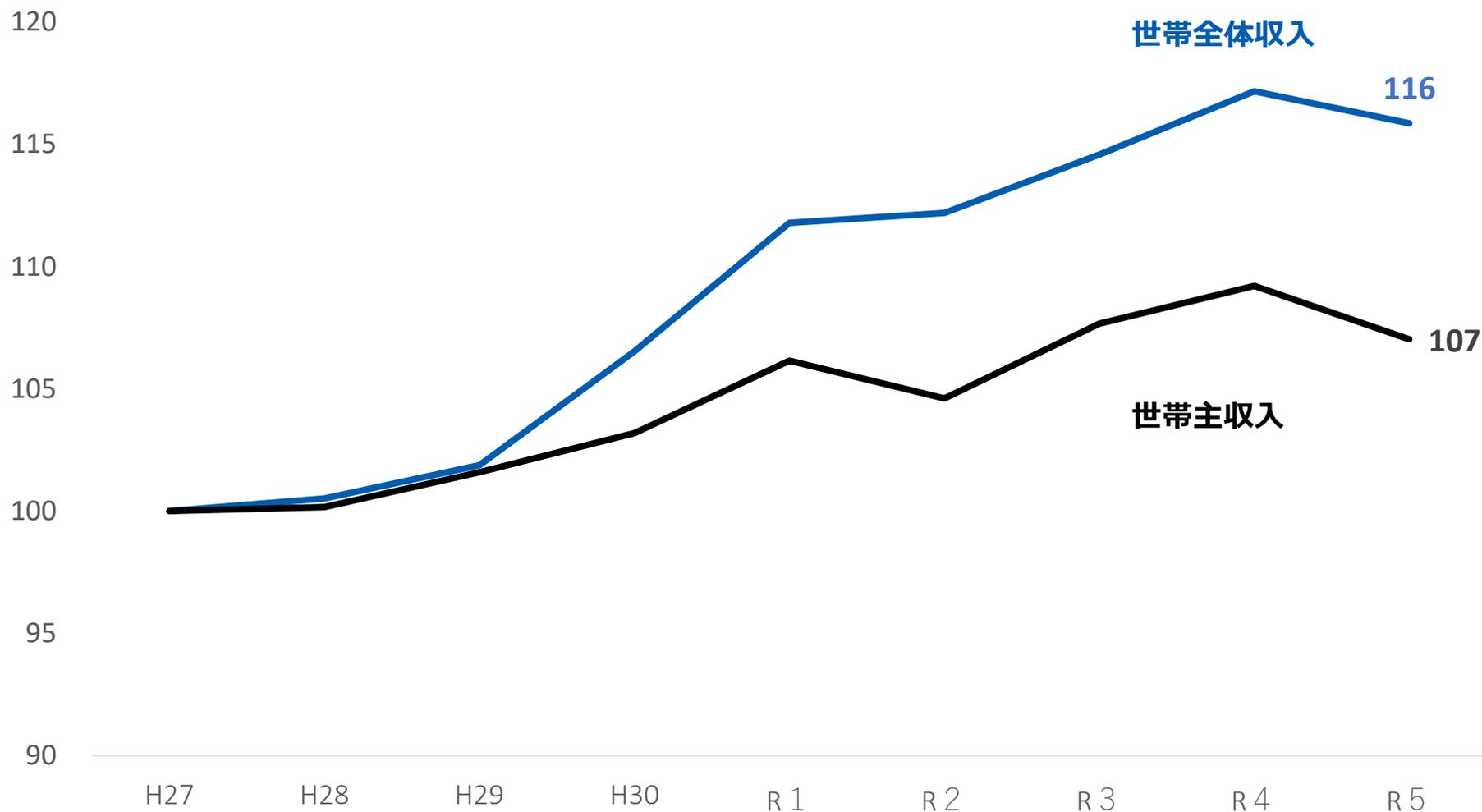
注9：70-74歳の者の一部負担金割合の予算凍結措置解除（1割→2割）。平成26年4月以降新たに70歳に達した者から2割とし、同年3月までに70歳に達した者は1割に据え置く。

制度別の財政の概要（令和3年度）

医療保険制度間では、年齢構成による医療費の違いなどによる財政の負担を調整するために、負担を調整する仕組みとなっています（前期調整額）。また後期高齢者に係る給付費の一部は他の制度も支援金という形で負担しています（後期支援金）。



世帯全体収入及び世帯主収入の推移【家計調査】



出典：総務省「家計調査」
※平成27年の値を100として計算。

全世代型社会保障構築を目指す改革の道筋（改革工程）

- ◆ 能力に応じて全世代が支えあう「全世代型社会保障」の構築に向け、将来世代も含めた全世代の安心を保障し、社会保障制度の持続可能性を高めるため、「時間軸」に沿って、今後取り組むべき課題をより具体化・深化させた「改革工程」を取りまとめ。
- ◆ 3つの「時間軸」で実施（①来年度（2024年度）に実施する取組、②加速化プランの実施が完了する2028年度までに実施について検討する取組、③2040年頃を見据えた、中長期的な課題に対して必要となる取組）
- ◆ 上記②の取組は、2028年度までの各年度の予算編成過程において、実施すべき施策を検討・決定

主な改革項目と工程

※ 2040年頃を見据えた中長期的取組については、省略。

	2024年度に実施する取組	2028年度までに検討する取組
働き方に中立的な社会保障制度等の構築	<ul style="list-style-type: none"> （労働市場や雇用の在り方の見直し） ・「同一労働同一賃金ガイドライン」等の必要な見直しの検討 ・「多様な正社員」の拡充に向けた取組 等 	<ul style="list-style-type: none"> （勤労者皆保険の実現に向けた取組） ・短時間労働者への被用者保険の適用に関する企業規模要件の撤廃等 ・フリーランス等の社会保険の適用の在り方の整理 ・年取の壁に対する取組 等
医療・介護制度等の改革	<ul style="list-style-type: none"> ・前期財政調整における報酬調整の導入 ・後期高齢者負担率の見直し ※上記2項目は法改正実施済み ・介護保険制度改革（第1号保険料負担の在り方） ・介護の生産性・質の向上（ロボット・ICT活用、経営の協働化・大規模化、人員配置基準の柔軟化等） ・イノベーションの適切な評価などの更なる薬価上の措置を推進するための長期収載品の保険給付の在り方の見直し ・診療報酬改定、介護報酬改定、障害福祉サービス等報酬改定の実施 ・入院時の食費の基準の見直し等 ・生活保護制度の医療扶助の適正化 	<ul style="list-style-type: none"> （生産性の向上、効率的なサービス提供、質の向上） ・医療DXによる効率化・質の向上 ・生成AI等を用いた医療データの利活用の促進 ・医療機関、介護施設等の経営情報の更なる見える化 ・医療提供体制改革の推進（地域医療構想、かかりつけ医機能が発揮される制度整備） ・介護の生産性・質の向上 ・イノベーションの推進、安定供給の確保と薬剤保険給付の在り方の見直し ・国保の普通調整交付金の医療費勘案等 ・国保の都道府県保険料率水準統一の更なる推進 ・介護保険制度改革（ケアマネジメントに関する給付の在り方、軽度者への生活援助サービス等に関する給付の在り方） ・サービス付き高齢者向け住宅等における介護サービス提供の適正化 ・福祉用具貸与のサービスの向上 ・生活保護の医療扶助の適正化等 ・障害福祉サービスの地域差の是正（能力に応じた全世代の支え合い） ・介護保険制度改革（利用者負担（2割負担）の範囲、多床室の室料負担） ・医療・介護保険における金融所得の勘案や金融資産等の取扱い ・医療・介護の3割負担（「現役並み所得」）の適切な判断基準設定等 ・障害福祉サービスの公平で効率的な制度の実現（高齢者の活躍促進や健康寿命の延伸等） ・高齢者の活躍促進 ・疾病予防等の取組の推進や健康づくり等 ・経済情勢に対応した患者負担等の見直し（高額療養費自己負担限度額の見直し/入院時の食費の基準の見直し） 等
「地域共生社会」の実現	<ul style="list-style-type: none"> ・重層的支援体制整備事業の更なる促進 ・社会保障教育の一層の推進 ・住まい支援強化に向けた制度改革 等 	<ul style="list-style-type: none"> ・孤独・孤立対策の推進 ・身寄りのない高齢者等への支援 等

医療保険部会（2024年11月21日開催）におけるご意見①

- 高額療養費の在り方について、少なくとも高額療養費は、今の医療保険制度において被保険者の負担軽減に大きく貢献しているのは紛れもない事実。一方で、**高額薬剤等が登場することによって医療費が高額化して、医療保険財政を圧迫しているのも事実**。健保組合のデータでは、高額療養費の支給総額というのは令和元年度から5年度までの4年間で2割以上増えて600億円以上増加。中でも1000万円以上のいわゆる高額レセプトについては、この4年間で約3倍という増加が見込まれており、これらの給付のための保険料負担も増加。そういう面で、高齢者医療費に対する拠出金と合わせて、**非常に現役世代の負担増につながっている**。

こういった点を踏まえれば、全世代型社会保障構築に向けて、年齢ではなく負担能力に応じた負担、また、**保険料負担軽減の観点から高額療養費についても見直しを行う時期に来ていると理解**。高額療養費の見直しについては賛成。施行時期については、**保険者のシステム改修に係る期間等には十分御留意いただきたい**。

- 高額療養費の在り方については、全世代型社会保障の実現に向け、また、**被保険者の保険料負担の軽減を図る観点からも、社会経済情勢の変化を踏まえて負担能力に応じた負担となるように見直していくべき**。ただし、**セーフティネットとしての大変すばらしい役割があることを踏まえたきめ細かな見直しが必要**。また、その際には国民にご理解いただけるよう、丁寧な周知・説明を行っていただきたい。

- 高額療養費については、被保険者の保険料負担の軽減や負担能力に応じた負担の観点で見直しを行うとされているが、**検討に当たっては必要な医療への受診抑制につながることはないよう、特に低所得者に十分配慮した制度となるようお願いしたい**。なお、**施行時期について、被保険者等への周知や保険者のシステム改修に要する期間が十分に確保できるよう配慮していただく必要がある**。

- 全世代型社会保障構築会議で言われている全世代で能力に応じて支え合うという観点で、この改革工程に基づいて着実に進めていただきたい。**今回の高額療養費の見直しに関する案につきましても賛同**。

年齢にかかわらずという観点から言うと、**70歳以上に別途定められている外来上限特例につきましても見直しが必要ではないかと考える**し、また、その観点では、例えば能力ついて、金融資産をどうやって把握して負担能力を測っていくかとか、医療・介護の3割負担の判断基準とか、こういうことについてもしっかりと前に進めていただきたい。

医療保険部会（2024年11月21日開催）におけるご意見②

- 公的医療保険は負担能力に応じた保険料を負担する一方、受けられる医療サービスは所得の多寡にかかわらず同じというもの。このような仕組みの中で、**自己負担上限額についても負担能力に応じた負担を強めるということが、一定以上の収入がある被保険者にとって社会保険に強制加入していることへの納得感を欠くことにつながってはならない。**
高額療養費制度は、医療費の家計負担が重くならないように医療費の一部を負担するもの。そうしたことから、自己負担の水準に関してどれほどの負担原則を強めるのかという検討に当たっては、**年代や年収別などの利用の実態や考えられる影響を分析し資料でも示していただきたい。**
その上で、**国民や患者の不安、家計への過度な負担増、経済力による受診控えにつながらないよう、給付と負担の関係も踏まえて慎重かつ丁寧な検討が必要。**
- 本件は改革工程に基づき、社会保障制度の持続可能性を高めるために行われるものと認識しており、その方向性についても理解。他方、保険はいざというときのセーフティネットであり、大きなリスクに備えるもの。負担限度額の引き上げによって患者の健康状態に影響は出ないのか、医療・介護保険財政にどれだけの影響があるのかといった多角的な視点が必要。**改革に当たって必要なことは現役世代にしわ寄せが及ばないようにすること。**
- 高額療養費制度は、高額な医療費において自己負担3割を軽減するという意味で、患者にとっては非常に有効な制度だと理解。しかし、非常に高額な薬剤の採用が相次いでいるため、医療費がもの凄くはね上がってきている実態。その中で、高額療養費をどのように考えるかという方向性は賛成だが、**負担能力に応じた負担に関して、どれくらい変化させるのかという具体的なシミュレーションをきちんと示していただきたい。**高額療養費の見直しは、医療財政を非常に危険な状況にさせている高額医薬品がどんどん登場してきている状況なのでやむを得ない。
- 高額療養費制度の見直しについて、**高額薬剤の登場や医療技術の進歩に応じて高額な診療が伸びているのは事実と言われており、財政も厳しい状況であることは十分認識。**一方、高額療養費制度は、いわゆる医療におけるセーフティネットの役割を果たしているため、**全ての人が必要な医療を適切に受けられるという機能をしっかり果たせるような形で見直しがなされるよう、十分な議論をする必要がある。**

医療保険部会（2024年11月21日開催）におけるご意見③

- 制度見直しについて、医療財政上の必要性は理解するが、高額療養費制度は治療を根本的に助けている部分が大きくある。もし見直しをするのであれば、**制度の変更により高額な薬剤による治療を躊躇することにつながらないよう配慮が必要である。**
- 医療保険制度改革における高額療養費の在り方について、**国民皆保険制度を持続していく観点から、負担能力に応じた負担を求めていることは重要。**

8月30日に医療保険部会で後期高齢者医療の窓口負担割合の見直しの影響に関して報告があったが、この資料の中で歯科疾患は制度改正直後に外来利用率の影響を受けているデータが示されており、**今回の議論においても患者の受診控えを惹起することがないように制度設計をよろしく願いたい。**
- 医療制度関係の議論になると自己負担が増えるというニュース等も多く、心配されている方も多くいるかと思う。特に高齢者はそうした状況にある方が多い。例えば、この先、年金などの限られた収入しかないのに、医療にかかる必要があり、その医療の負担が大きくなって自分たちの暮らしは大丈夫だろうかと非常に気にされている方も多いと思う。

そうした意味では、適切な改革、丁寧な説明、そして、長期を見越した健康の増進や健康の維持ということも啓発していく必要。そのためには予防というのがとても肝心。**若い世代から健康リテラシーの教育や啓発、そして、自己管理をすることで健康を維持して大きな病気になることが減るようにしていくことがいかに大切かということ**を啓発すべきだし、これらのことは病になってからでは間に合わないので、ぜひ若い時期から啓発をしていくべき。医療財政が大きな課題となって久しいが、これを長期的にも解決する大きな下支えになる。

一方では、**負担能力に応じた対応も欠かせない**。今の区分をより細かくするとか、あるいはより詳細な分析もされると思うが、そうしたことをぜひ的確に丁寧にやっていただきたい。一方、退職などで年度をまたぐことによって収入が変わる方がいる。前年度の収入をベースに課税ベースが決まるので、そのときに一時的に負担感が増える。こうしたことへの配慮をどうするかということも検討が必要。

家計に対する医療費の自己負担が過重なものとならないようにという高額療養費制度の趣旨はとても大切なので、この理念を踏まえつつ今後の改革や改善をぜひ的確にお願いをしたい。また、国民への分かりやすい説明もお願いしたい。

医療保険部会（2024年11月21日開催）におけるご意見④

- 医療保険では、保険料において上下限がある関係で応能負担が原則だが、多少応益的な要素も入っている。そこに加えて給付面では、高額療養費は本来病気になった人とならない人との間の水平的な所得再分配だと思うが、そこに応能要素が入るといことで、垂直的所得再分配という面もあるという、非常にいろいろなことがミックスされたのが今の状態。そういう点から言うと、**受益に着目した限度額ということから言えば、医療費が増大すればその伸びに応じて見直すということは必要なこと。**
その一方、応能負担ということで、今回あるような負担能力に応じてということも徹底することも一つだが、そうなると、年齢に関係なくということになる。それぞれの基準の部分に該当する方たちの割合が制度とか年齢によって違っているので、特に高齢者に低所得層が多いといったような実態をどう考えるかということが重要ではないか。
- **年齢ではなくて負担能力に応じた高額療養費の負担上限額の設定や所得区分の細分化は非常に妥当。また、インフレへの対応のため上限を上げることもやむを得ない部分がある。**一方で、医療保険というのは本来ネガティブな健康へのショック、運悪く非常に高額な医療費が必要になった方のリスクを軽減するという役割が最も重要なので、高額療養費の負担上限を上げることで、例えば選定療養費によって医学的に絶対的に必要不可欠ではない部分の自己負担を増やす、または医療の標準化などのルールづくりによって健康の改善に特に必要な部分に医療費が使われるようにしていくという効率化が非常に求められる。
また、**高額療養費が医療利用など家計にどう影響を与えるのかに関してあまり実証分析がない。**例えば、自己負担割合が変化したときの影響は、誰がどういう負担割合なのかが分かるので分析しやすいが、高額療養費の負担限度額は所得や年齢によって決まっているので、誰がどういう上限になっているかということがデータから分からないことが多い。高額療養費がどういう影響を与えているか、例えば、高額療養費を超えた途端に、幾ら余計にかかっても自己負担が増えないので、急に医療利用が増えるということが起きているのか、いないのか。高額療養費の上限が上がると家計にどういう影響があるのか。負担増による医療利用の低下が起きるのか。そのようなことがよく分かっていない状況なので、そういうことが分かるような**データを研究者が使えるようになっていくことが今後非常に重要。**

医療保険部会（2024年11月28日開催）におけるご意見①

- **今後も医療費が継続して増大することが見込まれる中、我が国が世界に誇る医療保険制度を持続するためには、高額療養費についても一定の歯止めが必要。医療保険財政への負担を軽減させるためには、まず自助の徹底が重要。** 保険はいざというときのリスクに備えるものであるため、平素から国民のヘルスリテラシーを高めるセルフメディケーションを推進し、生活習慣病のような予防できる病気にならないようにする、また、軽微な疾病の場合にはOTC医薬品を活用するなど、なるべく医療制度に頼らないようにする、その上で、対応できないような治療重要度の高い疾病には、高額療養費で対応するといった考え方が重要。
- **現役世代の負担軽減に向けて、改革工程に基づいて早期から着実に取組みを進めるべき。** その観点からも、**高額療養費の見直しは提示されているような案の方向で進めていくべき。** とりわけ、**外来特例については、廃止の方向で検討すべき。**
- 高額療養費の支給状況などのデータを出していただいたが、議論を深めるには不十分。協会・組合健保や後期高齢者医療制度の1件当たり支給実績を見ると、年齢にかかわらず、高額療養費制度により経済的な負担を軽減できていることが改めて分かるが、一方で、**どういった年収の人がどれくらい支給を受けているのかについてはまだ分からない。見直しの議論に当たっては丁寧かつ慎重な検討が必要のため、年代や年収別などの詳細なデータを示していただきたい。**
現状と比較して急激な負担増とならないよう十分留意する必要がある上、長期的な治療が必要な方や世帯構成への配慮も重要。 なお、負担能力という点については、金融資産などの把握も含めて考えることも必要。
- 老年学の長期的な調査研究によると、社会参加が多いほど健康長寿ということがデータとして出ている。後期高齢者は頻繁に外来診療に行っている方が多い。病気を抱えていて外来診療に行っている人もいるが、暇潰しや医者に話を聞いてもらいたいなどのケースも多い。そうしたことを考えると、**高齢者の社会や地域活動への参加を増やすことで特に後期高齢者の医療費は減らせるのではないか、外来診療に行く頻度を減らせるのではないか**と考える。

医療保険部会（2024年11月28日開催）におけるご意見②

- **高額療養費の見直しについては、セーフティネット機能の発揮と保険料負担者の納得感をいかに両立させるか、つまり、給付を受ける側と負担をする側のバランスをどう取るかということに尽きる。**

セーフティネット機能については、協会けんぽと組合健保における1件当たりの高額療養費の金額は10万円を超えており、高額な医療費リスクをカバーするセーフティネットの役割を十分果たしている。一方で、**高額療養費の内容の変化も顕著に出ている**。1,000万円以上の高額レセプトの件数が増えており、平成26年度は300件だったものが令和5年度には2,000件以上で7倍以上になっている。健保連が公表している高額レセプト上位100位の内訳を見ると、平成26年度は循環器系の疾患が5割を占めていたが、直近の令和5年度はキムリアをはじめとした高額薬剤が約75%を占めている。**大幅な件数の伸びは近年の高額薬剤の登場・普及が大きな要因となっており、これが医療保険財政の圧迫にもつながっている。**

また、外来特例について、現状、月額上限と年間上限の2つのセーフティネットを設けているが、月額上限に該当する患者の割合は相当程度高い一方で、2つ目のセーフティネットである年間上限の該当者の割合は高くない。こうした状況を踏まえると、**外来特例の在り方については見直しの検討が必要**ではないか。

もう一つの観点である保険料負担者の納得感については、現役世代の負担軽減が極めて重要なテーマ。給付は高齢者中心、負担は現役世代中心という医療費と保険料負担のアンバランスは相変わらず顕著であると言わざるを得ない。高額療養費のセーフティネットとしての機能は十分理解するが、**高齢者医療の拠出金と併せて過重な負担を強いられている現役世代の負担軽減も喫緊の課題なため、手取りを増やすためにも高額療養費の見直しは必要**。最後に、多数回該当分の支給実績のデータの範囲が保険者ごとに異なっているため、データ分析できるような統一的な形をお願いしたい。

- **高額療養費の見直しはいわば当面の対策であり、本質的に重要なのは予防**。その意味では、ヘルスリテラシーについて子供たちが学びの過程の中で学習する、あるいは健診を受けることの大切さを啓発していかなければいけない。高額薬剤を使わなくてもいいように事前に自分の健康管理をしていくことがいかに大事かについて、政府広報などをぜひやっていただきたい。

ワクチンをもっと普及させるとか、健診をより徹底して異常があったら対応するなどして、早期発見・早期治療につなげる必要。**単に財政だけ見て、多い、少ない、足りないものはどうするかと議論するだけでは本質的な解決にならないので、当面の対策とともに本質的な対策をぜひやっていただきたい。**

医療保険部会（2024年11月28日開催）におけるご意見③

- 近年、高額薬剤の登場や医療技術の進歩に伴い高額な診療が増えていることは事実であり、それに伴い医療保険財政が非常に逼迫をしていることも十分承知。一方、高額療養費制度はセーフティネットとしての重要な役割も果たしており、特に収入の低い高齢者の経済的な支えになっていることは、本日の資料のデータからも理解できるところ。
第181回医療保険部会において、後期高齢者医療の窓口負担割合の見直しが受診・受療行動に大きな影響を与えたことは明らかになっている。今回、高額療養費の負担上限を引き上げるといった場合には、窓口負担割合の見直しと同じような影響が最初に出ることは十分に想定されるだろう。例えば、外来受診ありの後期高齢者のうち年間11か月以上外来受診に行っている後期高齢者は50%を超えている。こうした方は様々な複数の疾患を抱えていることが想定され、医療機関への定期的な受診によって医学的な管理を受けて疾患の悪化を防いでいるという状態であろうと思う。そのため、今回の見直しに関しては、受療行動の変化によって状態の悪化を招かないよう、丁寧な議論を重ねてお願いしたい。
- 国民皆保険によって日本は世界に誇れる医療制度を堅持している。その恩恵を受けられる方がいる一方で、薬剤を含む高額な医療費の増加の流れは今後も続いていくものと考えており、どのような負担を誰がしていくかは非常に難しい問題。世代間格差や取り残される方ができるだけ少なくなるよう、また、負担増による患者の受診控え等を惹起することがないような制度設計等について、引き続き議論をお願いしたい。
- 高齢期になって病気にかかる人もいれば、現役時代に医療機関を利用しながら働いている方もいるということを理解してもらう必要がある。支給件数は後期高齢者と市町村国保が多く、支給金額でも市町村国保と後期高齢者が高い。ただ、1件当たりの金額では、現役世代の方が高額で、市町村国保と後期高齢者がそれに次ぐ形となっている。高齢者は様々な形で診療科目が増えてきている中で、健康維持、社会参加に努めているため、この制度を現状よりも厳しくするというのが果たしていい結果を招くのかどうかは疑問。

医療保険部会（2024年11月28日開催）におけるご意見④

- **セーフティネットとしての役割に留意しつつ、全世代型社会保障の実現に向けて、また、被保険者の保険料負担の軽減を図る観点から、社会経済情勢の変化を踏まえた負担能力に応じた負担となるよう見直していくべきというのが基本的な考え方。**
具体的な結論に至る際には、実務面から**保険者のシステム改修等に必要な期間についても配慮いただきたい。**
- 高額療養費は、若い方の場合はいざというときの医療保険ということでリスク分散的な意味合いが強いと思われるが、**高齢者の方の場合は所得再分配、つまり、低所得者への配慮という要素が入っているのでその辺りの影響を見極めながら考えるべき。**
- やはり分からないのは、例えば高額な医療費の自己負担額や、自己負担額の上限の額が家計にどう影響しているかということ。自己負担額の上限は所得によって変わることから、データではよく分からないことが多いので、それを改善したデータで分析することが重要。
正確な家計の所得や医療支出、世帯員の客観的な健康状態を全て把握できるデータはまだ日本にはない。そのため、この点について**分析可能なデータを研究者が使えるようにしていただき、どのように医療保険によってリスクから守られているのか、それから守られていないとしたらどういう人たちに対してどういう状況で起きているのかということを明確にすることが重要。**
- 15日の全世代型社会保障構築会議で清家座長から高額療養費制度について見直しの方向性で検討していただきたい旨の話があり、自分も基本的には見直しはやむなしとは思っているが、1点気になることがある。過去にいわゆるワンコイン、500円を患者負担に上乗せをするという案が出たものの結局実現しなかったわけだが、特に低所得の方の負担が重いのではないかという当時の認識があったと思う。
現在、様々な薬剤が出てきており、それを飲み続けることで社会生活を送ることができるという状況になっている。そうした方の場合、多数回該当があったとしても、例えば適用区分工だと年間50万円の自己負担となる。70歳未満の方で毎月受診されている方も一定程度いるということは分かっているが、**年間ずっと多数回該当に該当し続けている方がどのくらいいるのかについても可能ならば調べていただきたい。**

医療DXの推進等について

厚生労働省 医政局 特定医薬品開発支援・医療情報参事官室

電子カルテ情報共有サービスの費用負担の在り方について（案）

- 電子カルテ情報共有サービスは、少子高齢化・人口減少社会において、医療機関等間での電子的な情報共有によって、より安全で質の高い医療を効率的に提供していくための基盤である。患者（被保険者）、医療機関、保険者、国等にそれぞれ一定のメリットがもたらされる。
- そのため、以下の考え方に基づき、それぞれが電子カルテ情報共有サービス全体に要する費用を一定程度負担することとしてはどうか。

国	良質かつ効率的な医療提供体制を構築する責任を果たす観点から、電子カルテ情報共有サービスに係るシステム・DB等の開発・改修費用や、医療機関の電子カルテシステムの標準化対応の改修への財政補助（※1）など、サービスの立ち上げに要する費用を負担。 また、電子カルテ未導入の診療所向けに、標準型電子カルテを開発・普及させていく。
医療機関	より安全で質の高い医療を効率的に提供するため、電子カルテ情報の共有に必要な電子カルテシステムの標準化対応の改修（※1）を行うとともに、未導入の医療機関においては標準型電子カルテ等を導入（※2）を進める。システムの必要な運用保守を行いながら、3文書6情報を登録するための費用を負担。
保険者等	被保険者がより安全で質が高い医療を効率的に受けられるようにし、効果的・効率的な医療制度を実現するため、制度として一定程度確立した後において、電子カルテ情報共有サービスに係るシステム・DB等の運用費用（※3）を負担。

※1 病院の電子カルテシステム改修に要する費用について、医療情報化支援基金により、1/2を補助。

※2 「医療DXの推進に関する工程表」（令和5年6月）において、「電子カルテシステムを未導入の医療機関を含め、電子カルテ情報の共有のために必要な支援策を検討しつつ、遅くとも2030年には概ねすべての医療機関において必要な患者の医療情報を共有するための電子カルテの導入を目指す」とされている。

※3 電子カルテ情報共有サービスに係るシステム・DB等の運用費用としては、約18億円程度/年となる見込み（精査中）。医療保険者等の加入者1人当たり月額約1.25円程度。

- 電子カルテ情報共有サービスに係るシステム・DB等については、3文書6情報の共有開始以降も、共有する情報の追加や感染症発生届との連携など必要な機能追加に伴う開発が一定期間継続する見込みである。また、電子カルテ情報共有サービスが一定程度普及するまでには一定期間を要する。国はこうしたことも踏まえ、電子カルテ情報共有サービスが速やかに普及するよう、あらゆる方策を講じるものとする。

社会保険診療報酬支払基金の組織体制の見直しについて①

診療報酬の審査支払機能を適切に維持しながら、地方関係者の参画を得つつ、医療DX業務に係る国のガバナンスを発揮し、柔軟で一元的な意思決定を確保するため、以下のように組織体制を見直すこととしてはどうか。

(1) 「運営会議（仮称）」の設置について

- ・ 4者構成16人体制の現行の理事会に代えて、新たな意思決定機関として、**「運営会議」（仮）を設置**する。
- ・ 運営会議は、**学識経験者、被保険者、地方自治体、保険者（地域保険代表を含む。）**、**診療担当者の体制**で構成する。
- ・ 運営会議は、理事長等の役員の選任、予算・決算の作成・変更、定款・事業計画等の作成・変更、医療DX中期計画の策定、その他の重要事項の議決を所掌するものとする。

※運営会議には、厚労大臣が指名する職員が意見を述べるができる。また、必要な関係者の意見を求めることができる。

※上記の運営会議委員については、厚労大臣の認可制とし、命令違反等の場合の厚労大臣の解任命令・解任権を設ける。

役員についても、現行どおりであるが、運営会議委員と同様の規定を設ける。

(2) 「審査支払運営委員会（仮称）」の設置について

- ・ 審査支払業務については、新たに**「審査支払運営委員会」（仮）を設け、これまでの理事会と同様の4者構成16人の体制で運営**し、運営委員は法人の役員とする。
- ・ 審査支払に関する予算・決算や事業計画等については、「審査支払運営委員会」の専決事項とする。

(3) 医療DXの推進体制について

- ・ 現在の常勤役員である理事長・理事の中に、**情報通信技術に関する高度かつ専門的な知識を有する理事（CIO）を加える**こととする。医療DX関連業務については、**運営会議における全体方針の決定を受けて、理事長・CIO等が中心となって、執行していく体制**とする。

※必要に応じて外部の有識者の意見を聴く。

改組後

現行

<運営会議（仮）>（非役員）9名

【構成】※1

- ・学識経験者、被保険者、地方自治体 各1名
- ・保険者（地域保険代表を含む） 3名
- ・診療担当者 3名

※1 厚労大臣が指名する職員・必要な関係者が出席して意見を述べる
ことができる。また、必要な関係者の意見を求めることができる。

【所掌】

- ・役員を選任・解任、予算・決算、定款・事業計画等の作成・変更、
医療DX中期計画の策定、その他の重要事項の議決 ※2
- ※2 審査支払に係る部分は審査支払運営委員会の専決事項とする。

大臣

選任・解任
の認可
命令違反等
の場合の
解任命令、
解任

役員を選任・解任（厚労大臣認可）
業務を監視・監督

【執行部】役員

理事長、専務理事、常勤理事3名（うち1名をCIOとする）

運営委員を選任・解任
（厚労大臣認可）

<審査支払運営委員会（仮）>（役員）

【構成】※現行の理事会構成と同じ

- ・公益代表（理事長、専務理事、常勤理事2名）
- ・保険者代表運営委員
- ・診療側代表運営委員
- ・被保険者代表運営委員

【所掌】

- ・審査支払に関する予算・決算、事業計
画等の決定・執行（専決）

<理事会>（役員）16名

【構成】※四者構成

- ・公益代表理事
- ・保険者代表理事
- ・診療担当者代表理事
- ・被保険者代表理事

【所掌】

- ・予算・決算、事業計画等の重要事項
の議決

大臣

選任・解任
の認可
命令違反等
の場合の
解任命令、
解任

【執行部】公益代表理事（役員）

理事長、専務理事、常勤理事2名

<医療DXの推進体制>

【構成】

※速やかな意思決定が
可能な人数とする

- ・理事長
- ・CIO（医療DX担当理事）
- ・COO（非役員）
- ・国保中央会役員 等

※必要に応じ外部有識者の意見を聴く

【所掌】

- ・医療DX関連業務の執行

※理事長、専務理事、常勤理事、監事は、
改組後においても、引き続き、業務執行
及び監査を実施。

マイナンバーカードを活用した医療費助成の効率化（公費負担医療・地方単独医療費助成におけるオンライン資格確認）について

オンライン資格確認を制度化する公費負担医療（案）

法律名	給付名	実施主体
障害者総合支援法	精神通院医療	都道府県、指定都市
	更生医療	市区町村
	育成医療	市区町村
	療養介護医療	市区町村
難病法	特定医療費	都道府県、指定都市
児童福祉法 (障害児入所医療、肢体不自由児通所医療はこども家庭庁所管)	小児慢性特定疾病医療費	都道府県、指定都市、中核市、児相設置市
	障害児入所医療	都道府県、指定都市、児相設置市
	肢体不自由児通所医療	市区町村
母子保健法（こども家庭庁所管）	養育医療	市区町村
感染症法	結核患者の医療	都道府県、保健所設置市、特別区
	新型インフルエンザ等感染症外出自粛対象者の医療	都道府県、保健所設置市、特別区
	新感染症外出自粛対象者の医療	都道府県、保健所設置市、特別区
被爆者援護法	認定疾病医療	国
	一般疾病医療費	国
特定B型肝炎感染者特別措置法	定期検査費	支払基金
	特定無症候性持続感染者に対する母子感染防止医療費	支払基金
石綿健康被害救済法（環境省所管）	医療費	(独) 環境再生保全機構
水俣病特措法（環境省所管）	療養費	熊本県、鹿児島県、新潟県

※ 上記のほか、以下の予算事業に基づく公費負担医療においても、オンライン資格確認を制度化。

- ・ 肝炎治療特別促進事業
- ・ 先天性血液凝固因子障害等治療研究事業
- ・ 特定疾患治療研究事業
- ・ 肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業
- ・ 第二種健康診断特例区域治療支援事業
- ・ 水俣病総合対策医療事業（環境省所管）

※ 地方単独医療費助成については、自治体の判断に基づき、オンライン資格確認を導入するかどうかを決定。地方単独医療費助成におけるオンライン資格確認の導入によって、事務手続き・負担の効率化など、患者（住民）、自治体及び医療機関・薬局にメリットが発生することが想定されるため、各自治体においては、地方単独医療費助成におけるオンライン資格確認の導入をご検討いただきたい。

マイナンバーカードを活用した医療費助成の効率化のメリット

マイナ保険証1枚で公費負担医療・地方単独医療費助成（こども医療費助成など）のオンライン資格確認も行えるようになり、公費負担医療・地方単独医療費助成に係る紙の受給者証の持参や医療機関等への提示が不要になることで、患者（住民）、自治体、医療機関・薬局に以下のメリットの発生が想定。



患者
(住民)

- ✓ 紙の受給者証を持参する手間が軽減するとともに、紙の受給者証の紛失リスクがなくなり、持参忘れによる再来院も防止される。
 - ✓ マイナ保険証の利便性の向上によって、マイナ保険証の利用が促進されることにより、患者本人の薬剤や診療のデータに基づくより良い医療の提供が図られる。
- ※ 年齢階級別マイナ保険証利用率（令和6年10月）を見ると、マイナ保険証に加えて子ども医療費の受給者証を提示することが一般的である子ども（0歳～19歳）は7%台～8%台となっており、20歳以上の13%台～21%台に比べて利用率が低い。このため、マイナ保険証と公費負担医療・地方単独医療費助成の受給者証の一体化によって、マイナ保険証の利用が促進されると想定される。



自治体等

- ✓ 正確な資格情報に基づき医療機関・薬局から請求が行われることになるため（資格過誤請求が減少）、医療費の支払に係る事務負担を軽減できる。
- ✓ 医療機関・薬局で正確な資格確認が行えるようになるので、資格確認に関する自治体への照会が減る。また、患者の受給者証忘れによって自治体が償還払いを行うことが防げる。これらによって、自治体の事務負担を軽減できる。
- ✓ マイナ保険証での対応を希望する受給者に対して受給者証を発行しないこととした場合、受給者証を定期的に印刷・発行するための事務負担やコストが削減できる。
- ✓ 自治体区域外で受診等した場合でも医療機関・薬局で正確な資格情報の確認が行えるようになるため、地方単独医療費助成の制度情報をまとめた「地単公費マスタ」の整備・活用をあわせて実施することで、自治体区域外で受診等した場合の現物給付化を推進でき、自治体の償還事務の負担を軽減できる。
- ✓ 住民の利便性向上に資するとともに、マイナ保険証の利用促進を通じて、住民に対して薬剤や診療のデータに基づくより良い医療の提供が図られる。



医療機関
薬局

- ✓ 医療保険の資格情報及び受給者証情報の手動入力の負荷をセットで削減できるとともに、医療費助成の資格を有しているかどうかの確認に係る事務負担を軽減できる。
- ✓ 正確な資格情報に基づき請求を行えるようになるため（資格過誤請求が減少）、医療費の請求に係る事務負担を軽減できる。
- ✓ マイナ保険証の利用促進を通じて、患者本人の薬剤や診療のデータを把握して医療を提供することができる。

マイナンバーカードを活用した医療費助成の効率化（公費負担医療・地方単独医療費助成のオンライン資格確認）の全国展開に係る運用費用について（案）

【先行実施について】

- マイナンバーカードを活用した医療費助成の効率化（公費負担医療・地方単独医療費助成のオンライン資格確認）の先行実施（令和5年度～）においては、円滑な基盤整備を図るため、国において、オンライン資格確認を行うためのPMHシステム等の設計・開発・改修・運用等に係る費用を全額負担するとともに、事業や補助の実施を通じて、自治体システムや医療機関・薬局のシステムの改修に係る費用について、国として費用負担を行っている。

〔これまでの国の費用負担〕 合計 実績：29億円 予算額：5.7億円 + 42.1億円の内数

- ・ PMHシステム等の設計・開発・改修・運用等（PMH全体）：13.4億円【デジタル庁】
 - ・ 先行実施事業に参加する自治体における自治体システムの改修（調査研究含む）：15.6億円【デジタル庁】
 - ・ 先行実施事業に参加する医療機関・薬局におけるシステム改修（予算額）：5.7億円【厚労省】 + 42.1億円の内数【デジタル庁】
- ※ 上記に加えて、令和6年度補正予算案において、自治体及び医療機関・薬局のシステム改修を支援するための経費（30.5億円、厚労省）を計上。

【全国展開の体制の構築以後の運用費用（案）】 ※令和9年度～を想定

- 全国展開の体制の構築以後、公費負担医療・地方単独医療費助成のオンライン資格確認の実施に当たって必要となるシステムの管理・運用等の業務を実施するための費用については、福祉事務所が実施主体である生活保護のオンライン資格確認における費用負担方法や、今般のオンライン資格確認の実施が自治体等の事務負担・コストの削減及び住民の利便性の向上等に資する点を勘案し、各公費負担医療・地方単独医療費助成の実施主体（実施機関）である自治体（都道府県、市区町村）等においてご負担をお願いしたい。
- 具体的には、公費負担医療・地方単独医療費助成のオンライン資格確認に参加した自治体（都道府県、市区町村）等が、PMH医療費助成システムに登録した受給者数に基づき、登録受給者1人当たり月額単価に応じた金額をご負担いただくことをお願いしたい。具体的な運用費用については、現在精査中であるが、負担額のイメージは、以下のとおり。

〔登録受給者数1人当たり月額単価のイメージ（令和6年度ベース）〕 2円程度（精査中）

- * 登録受給者数が約1,000万人の想定 * 中間サーバーを含む
- * 地方単独医療費助成は自治体独自の判断に基づく多様な制度であること等から、受給者情報の正確性の確保は自治体等において対応いただく想定。
- * なお、自治体において新規に公費負担医療・地方単独医療費助成のオンライン資格確認の導入を図る際に、PMH医療費助成システムへの資格登録等に調整を要することに鑑み、全国展開の体制の構築以後、新規に公費負担医療・地方単独医療費助成のオンライン資格確認の導入を図る自治体については、上記の月額単価とは別に、新規導入に係る費用のご負担をお願いすることを検討。

※ 参考：既存のオンライン資格確認等における加入者1人当たり月額単価（令和6年度） * 中間サーバー・電子処方箋を含む

・生活保護（医療扶助）：7.74円	・市町村国保：2.94円	・後期高齢者医療広域連合：3.01円
-------------------	--------------	--------------------

マイナンバーカードを活用した医療費助成の効率化（公費負担医療・地方単独医療費助成のオンライン資格確認）の全国展開に係る運用費用について（案）【続き】

[参考：運用費用負担（精査中）と解消が期待される自治体の事務コスト（粗い試算）]

①人口100万人の都道府県において登録受給者数が3.2万人だった場合

○運用費用負担（精査中）

仮に登録受給者数1人当たり月額単価が2.0円の場合、年額76.8万円程度

○解消が期待される自治体の事務コスト（粗い試算）

年額約170万円程度（資格過誤による事務コスト：約150万円程度、照会受け・償還払いの事務コスト：約20万円程度）

※その他、紙の受給者証を持参・提示する手間が軽減するなど、住民の利便性向上につながる

②人口10万人の市区町村において登録受給者数が1.7万人だった場合

○運用費用負担（精査中）

仮に登録受給者数1人当たり月額単価が2.0円の場合、年額40.8万円程度

○解消が期待される自治体の事務コスト（粗い試算）

年額約90万円程度（資格過誤による事務コスト：約80万円程度、照会受け・償還払いの事務コスト：約10万円程度）

※その他、紙の受給者証を持参・提示する手間が軽減するなど、住民の利便性向上につながる

* 資格過誤による事務コストについては、令和3年度の医療保険における診療費・調剤の受診率（合計15.1件/人）や、令和元年度において支払基金が審査した医科歯科計の請求件数のうちの資格返戻の比率（請求1万件当たり16.2件）等を勘案して試算。

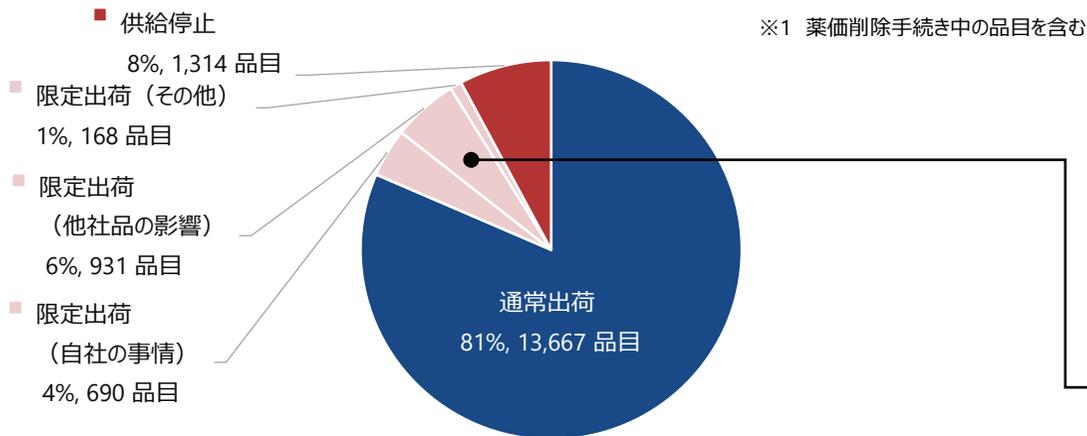
医療用医薬品の安定供給確保策について



製造販売業者の対応状況—医薬品全体（令和6年10月）

- 製造販売業者の対応状況については、調査対象17,349品目に対し、16,770品目の回答を得た。
- 結果としては、**限定出荷・供給停止が合計19%**（3,103品目）であり、限定出荷の要因としては「**他社品の影響**」によるものが**最多**であった。

1 医薬品全体の対応状況 ※1



カテゴリ別：「供給停止」、「限定出荷」の割合

2024年10月調査結果	供給停止		限定出荷	
	銘柄数	構成比	銘柄数	構成比
先発品	88	7%	173	10%
長期収載品 ※	42	3%	113	6%
後発品	928	71%	1,026	57%
その他の医薬品 ※	256	19%	477	27%
合計	1,314	100%	1,789	100%

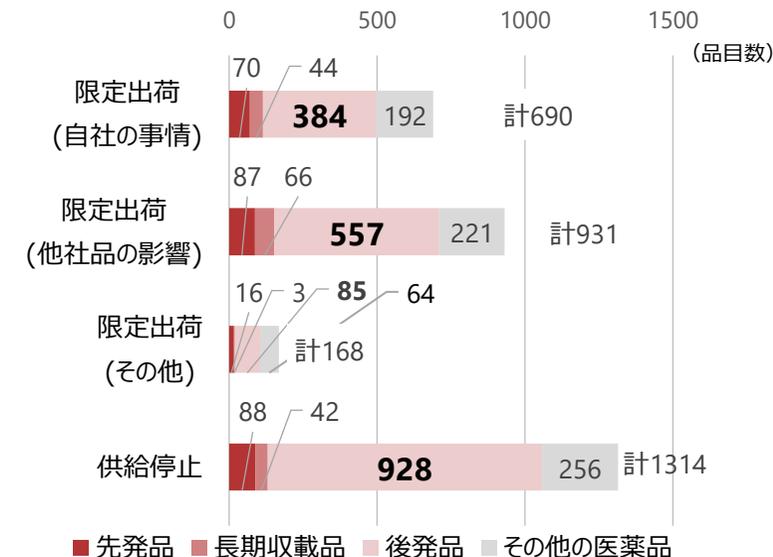
項目の定義

※長期収載品：後発品のある先発品
 ※その他の医薬品：局方品、漢方エキス剤、生薬、生物製剤（ワクチン、血液製剤等）、承認が昭和42年以前の医薬品など

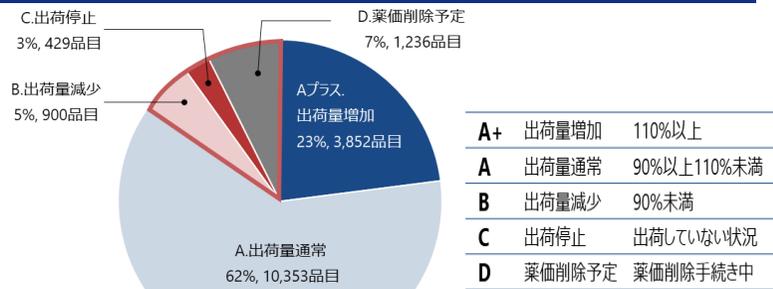
カテゴリ別：限定出荷の要因（自社事情、他社品の影響）分析

2024年10月調査結果	限定出荷			
	自社の事情	他社品の影響	その他	合計
先発品	70	87	16	173
	40%	50%	9%	100%
長期収載品 ※	44	66	3	113
	39%	58%	3%	100%
後発品	384	557	85	1,026
	37%	54%	8%	100%
その他の医薬品 ※	192	221	64	477
	40%	46%	13%	100%
合計	690	931	168	1,789
	39%	52%	9%	100%

2 限定出荷・供給停止の内訳



3 医薬品全体の出荷量の状況



A+	出荷量増加	110%以上
A	出荷量通常	90%以上110%未満
B	出荷量減少	90%未満
C	出荷停止	出荷していない状況
D	薬価削除予定	薬価削除手続き中

(参考) 安定供給確保マネジメントシステムの構築について

第17回「医療用医薬品の安定確保策に関する関係者会議」資料(一部改変)

～これまでの議論を踏まえた整理～

- 医療用医薬品の安定供給体制の確保に向けて、次のような取組みを検討することとしてはどうか。

平時：供給不安発生前

有事：供給不安発生後

個々の企業における
安定供給確保

需給状況の把握・調整

供給不安解消策

製薬企業における
安定供給確保に
向けた体制整備

- 安定供給の確保のため、製薬企業に対し、手順書等の整備や、一定の在庫や生産管理等(安定供給確保措置)を、法令上の遵守事項とする。
- 特に、安定供給確保措置の遵守を徹底するとともに、厚生労働省からの要請等への適切な対応を担保する観点から、安定供給責任者の設置については、法令上の義務とする。

供給不安の迅速な把握／報告徴収／協力要請

- 供給不安報告・供給状況報告を法令に位置づけ、その徹底を求める。
- 現在、供給不安報告・供給状況報告等を受けた厚生労働省は、
 - ・ 製薬企業、卸等に、供給状況に関する報告徴収を求めるとともに、
 - ・ 製薬企業、卸、医療機関、薬局等に必要な協力要請を行っているが、こうした対応も法令に位置づけることとする。

安定確保医薬品の供給確保要請

- 安定確保医薬品を法令に位置づけることとする。※指定時からの状況を踏まえ必要な見直しを行う。
- 安定確保医薬品について、供給不足のおそれがある場合、法令上、感染症対策物資と同様に、次のような措置を講ずることができるようにするとともに、サプライチェーン強靱化の観点から必要な要請を行えることとする。
 - ・ 生産促進等の要請(安定確保医薬品カテゴリーA・Bを想定)
 - ・ 報告徴収(平時からのモニタリング)(同A・B・Cを想定) ※実際の対象医薬品は、おって検討。

需給データを活用したモニタリングの実施

- 電子処方箋システムや平時からのモニタリングのデータを活用し、費用対効果も踏まえつつ供給不安の兆候や市場全体の供給状況を把握する取組を検証・実施する。

需給データを活用したモニタリングの実施

背景・課題

- 現在、様々な医療用医薬品について、供給不足の問題が発生しているが、市場全体の供給状況や、現場の需給状況を把握するビッグデータは整備されていない。
- 製造販売業者にとっても、こうしたデータを把握することができれば、市場の全体状況を把握することが可能となるほか、厚生労働省としても、供給不足の兆候を把握し、いち早く対応することが可能となる可能性がある。

検討の方向性（案）

- 現在、支払基金が管理する電子処方箋管理システムは、NDBと異なり、薬局等における調剤データが迅速に格納される。こうしたデータを、医療用医薬品の需給状況の把握の観点から、厚生労働大臣が調査・分析できる旨の規定を設け、モニタリングの取組に活用できることとしてはどうか。

※ なお、製造販売業者から医薬品の需給状況についての報告を求める規定（平時モニタリング）については、

- 感染症対策物資については、既に感染症法に整備されているほか、
- 安定供給確保医薬品については、（3）の措置を実施すれば、必要な規定が整備される。

救急時医療情報閲覧の開始について

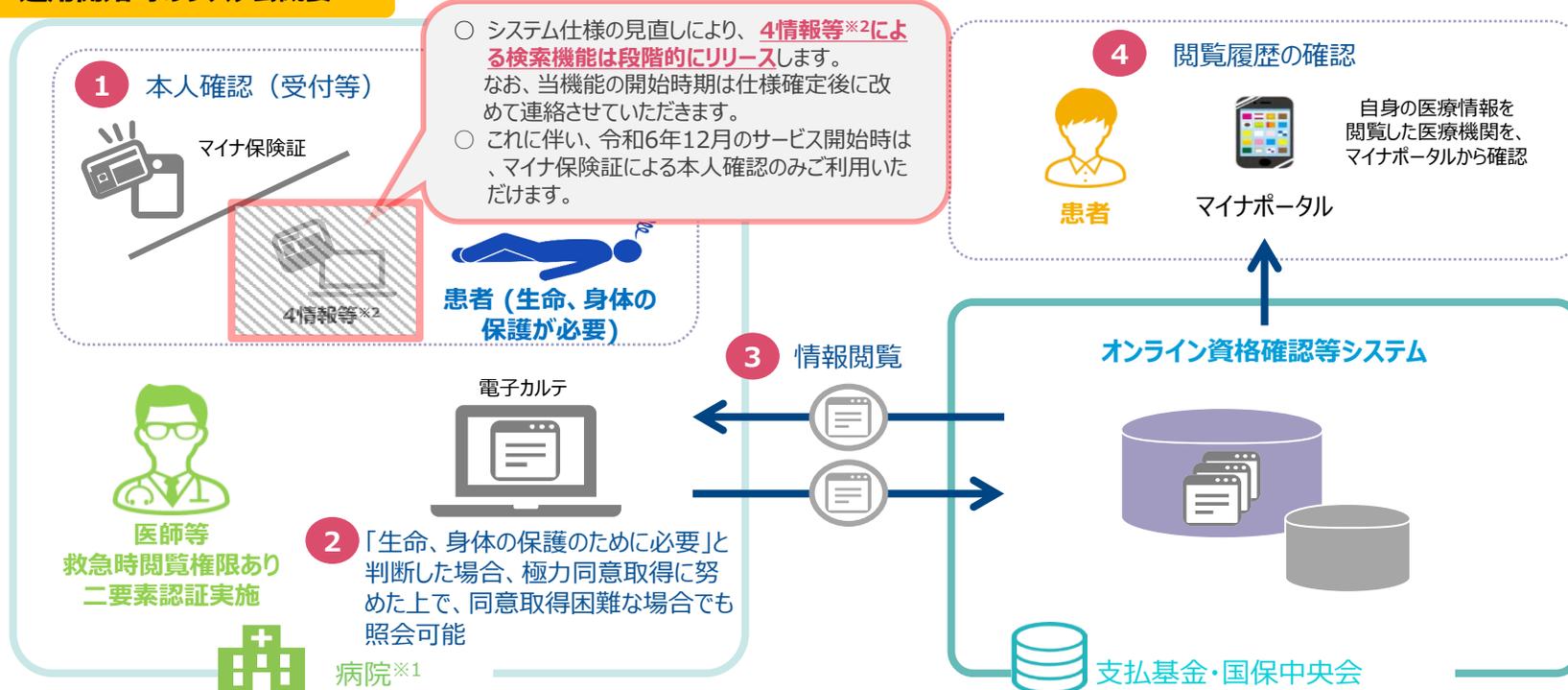


救急時医療情報閲覧の開始について

オンライン資格確認等システム基盤を活用した医療情報閲覧機能については、「通常外来」「災害時」の利用に加え、「救急時」における利用（「救急時医療情報閲覧機能」）を令和6年12月9日より開始したところ。

救急時医療情報閲覧機能により、病院においては※1、**患者の生命、身体の保護のために必要な場合、マイナ保険証等により本人確認を行うこと**によって、**患者の同意取得が困難な場合でも、レセプト情報に基づく医療情報等が閲覧**できるようになる。※3

運用開始時のシステム概要



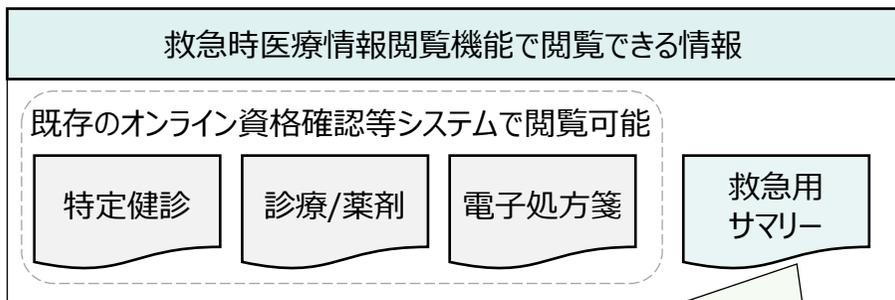
※1 救急時医療情報閲覧機能は、「患者の生命、身体の保護のために必要がある場合」を対象とした仕組みであるため、主に救急患者を受け入れる一次救急～三次救急告示病院および病院を対象とした機能です。病院以外の医療機関等（診療所・薬局）には開放を想定しない機能となります。

※2 4情報等：①氏名 ②生年月日 ③性別 ④住所 または 保険者名称（被保険者番号等情報による本人確認も可能）

※3 令和6年度の運用コストは国で負担し、令和7年度の運用コスト（約2,000万円）がオンライン資格確認等システムの運用費用に追加される。

救急時医療情報閲覧で閲覧可能な情報

救急時医療情報閲覧機能では、現行のオンライン資格確認等システムで通常表示可能な診療／薬剤情報に加え、患者の基本情報・医療情報等が集約された**救急用サマリー**の閲覧が可能。



救急用サマリーの項目・期間

項目	期間	参考：通常表示における期間
受診歴	3か月	5年
電子処方箋情報（※1）	45日	100日
薬剤情報（※2）	3か月	5年
手術情報	5年	5年
診療情報（※2）	3か月	5年
透析情報	3か月	5年
健診情報（※2）	健診実施日を表示	5年

※1：電子処方箋情報については、既に電子処方箋管理サービスを導入済みの医療機関等で登録された情報が閲覧可能。（救急用サマリーでは電子処方箋管理サービスに登録された情報のうち調剤情報のみ閲覧可能）

※2：薬剤情報については令和3年9月診療分のレセプト（医科・歯科・調剤・DPC）から抽出した情報、診療情報については令和4年6月以降に提出されたレセプト（医科・歯科・調剤・DPC）から抽出した情報、特定健診情報については令和2年度以降に実施し順次登録された情報が閲覧可能。

救急用サマリーの表示イメージ（PDF）

救急用 診療／薬剤情報一覧 作成日：2022年8月26日 1 / 1ページ

氏名カナ シノヰ 知時 保険者番号 12345678
 氏名 診療 太郎 被保険者証等記号 1234567
 生年月日 1962年5月21日 性別 男 年齢 60歳 被保険者証等番号 12345
 枝番 00

この診療／薬剤情報一覧は、以下期間の診療行為及び医薬品情報を表示しています。但し、一部は表示されない場合があります。（紙レセプトや包括の場合など、診療行為／医薬品が表示されない場合があります）

受診歴 ※直近3か月分(XXXX年X月～XXXX年X月まで)の記録を表示

医療機関名	受診歴
資格クリニック	22年7月
資格医院	22年6月

調剤結果情報 ※直近45日分(XXXX年X月～XXXX年X月まで)の記録を表示

調剤	処方使用	医薬品名	調剤数量
年月日	区分 区分	(成分名)*4	
22年8月 2日	院内 外用 1	フルティフォーム125エアゾール56吸入用 (フルチカゾンプロピオン酸エステル・ホルモテロールフルマル酸塩水和物) 【1日2回朝夕食後 服用】	42吸引 1処方分

レセプトに基づく薬剤実績 ※直近3か月分(XXXX年X月～XXXX年X月まで)の記録を表示

調剤	処方使用	医薬品名	調剤数量*3
年月日	区分 区分	(成分名)	
22年7月 19日	院内 外用 1	ゲンタマイシン硫酸塩軟膏0.1%「イウキ」1mg (ゲンタマイシン硫酸塩)	10g 1処方分
22年6月 18日	院内 内服 1	向) マイスリー錠5mg (ゾルピデム酒石酸塩) 【1日1回就寝前服用】	1錠 14日分

--- 次頁へ続く ---

【注意事項】

- *1 医薬品の場合、入院/外来/院外で分類し、「外来」とは入院及び院外（薬局）以外で調剤された医薬品を指します。また、診療行為の場合、入院/外来で分類しています。
- *2 抽出元が調剤レセプトの場合に表示しています。
- *3 調剤時の使用方法（数量、日数、回数等）と一致しない場合があります。

救急用
※データ表示
期間を限定

参考資料



電子カルテ情報共有サービスの概要

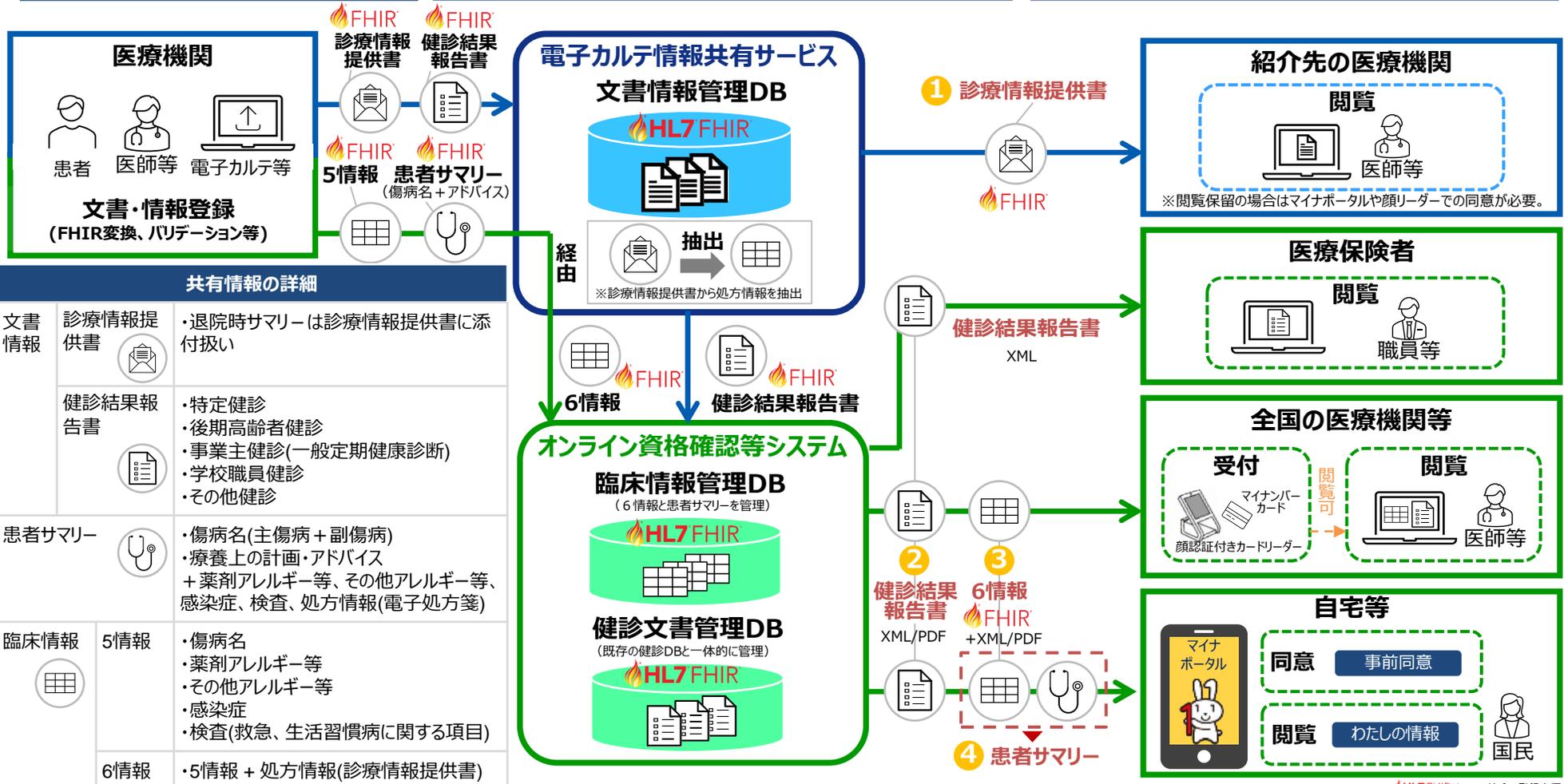
令和6年6月版

- 1 診療情報提供書送付サービス：診療情報提供書を電子で共有できるサービス。（退院時サマリーについては診療情報提供書に添付）
- 2 健診結果報告書閲覧サービス：各種健診結果を医療保険者及び全国の医療機関等や本人等が閲覧できるサービス。
- 3 6情報閲覧サービス：患者の6情報を全国の医療機関等や本人等が閲覧できるサービス。
- 4 患者サマリー閲覧サービス：患者サマリーを本人等が閲覧できるサービス。

登録

保存管理

取得・閲覧



電子カルテ情報共有サービスの想定される主なメリットについて

<p>患者・被保険者</p>	<p>①日常診療のみならず、救急時や災害時を含めて、全国の医療機関等で、患者の医療情報を踏まえた、より質の高い安全な医療を受けることが可能となる。</p> <p>例) ・医療機関等が、患者の傷病名や検査結果、薬剤アレルギーに関する情報等を閲覧することができるようになり、より安全な医療を受けられる。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・今後、透析情報も共有されれば、災害時など転院先で透析治療を続ける際にも有用。 ・今後、歯科医療機関・薬局や訪問看護ステーションとの情報共有に用いることができれば、医科歯科の連携や、病院と在宅医療・訪問看護との連携がさらに進む。 <p>②外来での待ち時間が減るなど、より効率的な受診が可能となる。</p> <p>例) ・診療情報提供書が電子的に送付されるようなることで、紙文書の作成や交付に関する待ち時間がなくなる。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・別の日に、文書を受け取るために医療機関等を訪問する必要もなくなる。 <p>③自分の医療情報等を健康管理や疾病予防に役立てることができる。</p>
<p>医療機関等</p>	<p>①日常診療のみならず、救急時や災害時を含めて、全国の医療機関等で、患者の医療情報を踏まえた、より質の高い安全な医療を提供することが可能となる。</p> <p>例) ・患者の傷病名や検査結果等を把握することにより、救急や災害時に患者へのより安全な診療が可能になる。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・地域における機能分化と連携、医科歯科連携、病院・在宅・訪問看護との連携がさらに進む。 <p>②医療機関等の事務コスト削減効果が見込まれる。</p> <p>例) ・診療情報提供書の電子的共有による事務コスト減</p> <ul style="list-style-type: none"> ・6情報の共有による問診等の効率化 <p>③効率的な働き方が可能となり、魅力ある職場環境の実現・医療の担い手の確保にも資する</p>
<p>医療保険者</p>	<p>①全国の医療機関等で3文書・6情報が共有されることで、より効率的な医療提供体制となる。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・患者・被保険者のより効率的な受診が可能となる。健康管理や疾病予防に役立てることができる。 ・3文書6情報の共有により、診療・投薬・検査等でより効果的・効率的な医療提供が可能となる。 <p>②特定健診や事業者健診の結果をこれまでよりも迅速かつ確実に取得することができ、速やかな保健指導や受診勧奨が可能となる。健診結果を保険者で電子化する手間が削減される。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・現在、保険者が健診結果を取得するのに1～3か月を要しているケースが多く、長い場合には6か月のケースも。 <p>③電子カルテ情報共有サービスで収集するカルテ情報の二次利用により、医療・介護サービスの費用対効果や質の評価に関する分析が可能</p> <ul style="list-style-type: none"> ・検査値等のアウトカムデータとレセプトデータ等を連結解析することで、費用対効果や質の評価の分析を精緻に行うことができる。

組織体制の見直しについて②

改組後

<運営会議（仮）>（非役員）※現行の理事会の半数程度とする

【構成】※1

- ・学識経験者、被保険者
- ・保険者（地域保険・地域行政代表を含む）
- ・診療担当者

※1 厚労大臣が指名する職員・必要な関係者が出席して意見を述べる
ことができる。また、必要な関係者の意見を求めることができる。

【所掌】

- ・役員の選任・解任、予算・決算、定款・事業計画等の作成・変更、
医療DX中期計画の策定、その他の重要事項の議決 ※2
- ※2 審査支払に係る部分は審査支払運営委員会の専決事項とする。

役員を選任・解任（厚労大臣認可）
業務を監視・監督

【執行部】役員
理事長、専務理事、常勤理事3名（うち1名をCIOとする）

運営委員を選任・解任
（厚労大臣認可）

<審査支払運営委員会（仮）>（役員）

【構成】※現行の理事会構成と同じ

- ・公益代表（理事長、専務理事、常勤理事2名）
- ・保険者代表運営委員
- ・診療側代表運営委員
- ・被保険者代表運営委員

【所掌】

- ・審査支払に関する予算・決算、事業計
画等の決定・執行（専決）

<医療DXの推進体制>

【構成】

※速やかな意思決定が
可能な人数とする

- ・理事長
- ・CIO（医療DX担当理事）
- ・COO（非役員）
- ・国保中央会役員 等

※必要に応じ外部有識者の意見を聴く

【所掌】

- ・医療DX関連業務の執行

大臣

選任・解任
の認可
命令違反等
の場合の
解任命令、
解任

現行

<理事会>（役員）

【構成】※四者構成

- ・公益代表理事
- ・保険者代表理事
- ・診療担当者代表理事
- ・被保険者代表理事

【所掌】

- ・予算・決算、事業計画等の重要事項
の議決

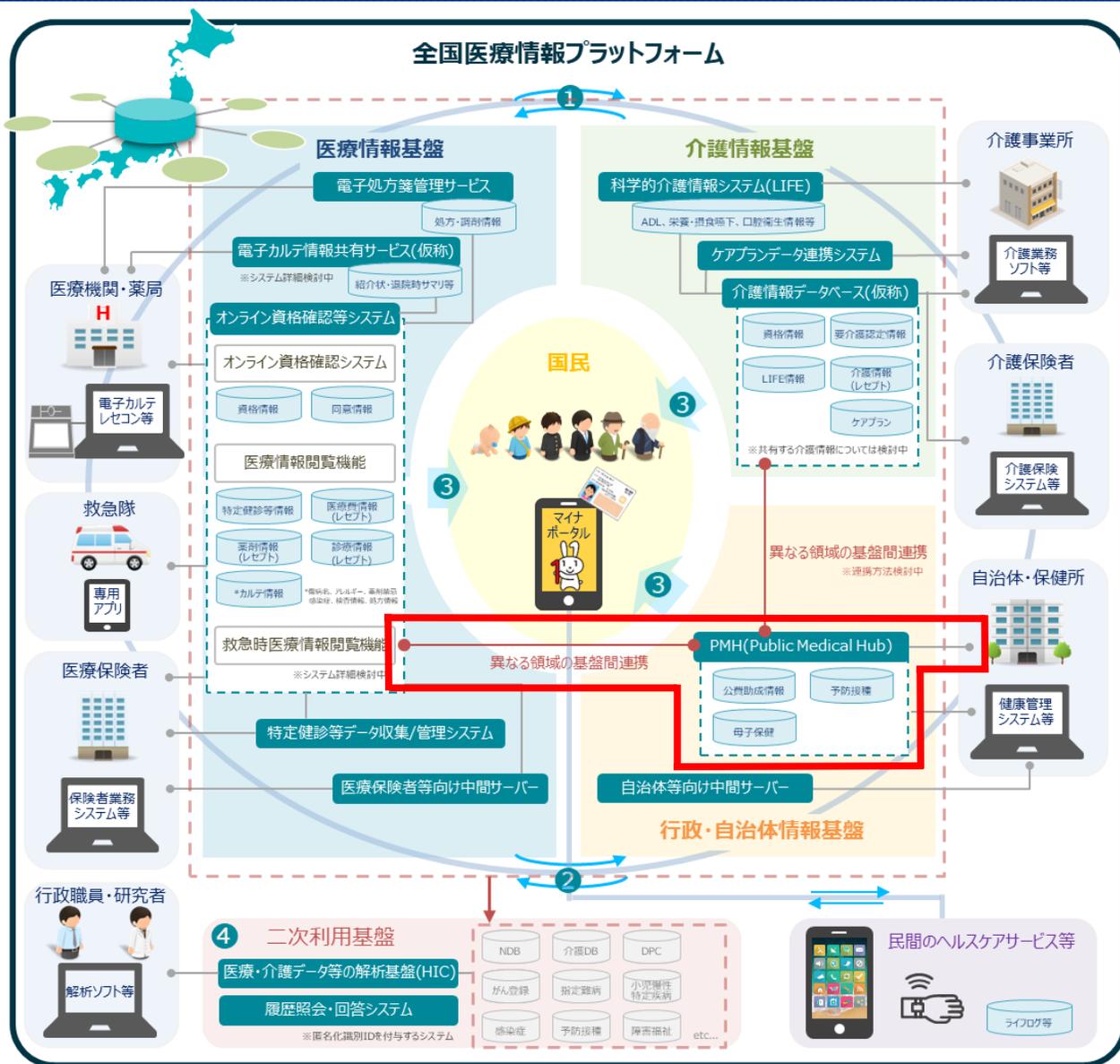
大臣

選任・解任
の認可
命令違反等
の場合の
解任命令、
解任

【執行部】公益代表理事（役員）
理事長、専務理事、常勤理事2名

※理事長、専務理事、常勤理事、監事は、
改組後においても、引き続き、業務執行
及び監査を実施。

全国医療情報プラットフォームの全体像（イメージ）



「医療DXのユースケース・メリット例」

1 救急・医療・介護現場の切れ目ない情報共有

- ✓ 意識不明時に、検査状況や薬剤情報等が把握され、迅速に的確な治療を受けられる。
- ✓ 入退院時等に、医療・介護関係者で状況が共有され、より良いケアを効率的に受けられる。



2 医療機関・自治体サービスの効率化・負担軽減

- ✓ 受診時に、公費助成対象制度について、紙の受給者証の持参が不要になる。
- ✓ 情報登録の手間や誤登録のリスク、費用支払に対する事務コストが軽減される。



3 健康管理、疾病予防、適切な受診等のサポート

- ✓ 予約票や接種券がデジタル化され、速やかに接種動員が届くので能動的でスムーズな接種ができる。予約票・問診票を何度も手書きしなくて済む。
- ✓ 自分の健康状態や病態に関するデータを活用し、生活習慣病を予防する行動や、適切な受診判断等につなげることができる。



4 公衆衛生、医学・産業の振興に資する二次利用

- ✓ 政策のための分析ができることで、次の感染症危機への対応力強化につながる。
- ✓ 医薬品等の研究開発が促進され、よりよい治療や的確な診断が可能になる。



自治体と医療機関・薬局をつなぐ情報連携基盤（PublicMedicalHub(PMH)）により実現するマイナンバーカードを活用した医療分野のデジタル化の取組

- 自治体が実施する、こどもなどの医療費助成、予防接種、母子保健分野における情報を医療機関・薬局に連携して、マイナンバーカードによりそれらの情報を活用する取組について、**令和5年度から、希望する自治体・医療機関・薬局において先行的に着手。**
- 全国的な運用**に向けて、今後、具体的な仕組みを検討。

(先行実施の進捗状況)

- ・令和5年度は、16自治体87医療機関・薬局を選定し、医療費助成の分野は、本年3月から事業を開始し、予防接種・母子保健分野は、同年夏頃を目途として順次開始予定。
- ・令和6年度は、医療費助成分野で更に180自治体を選定し、累計で183自治体で先行実施。補助金により医療機関・薬局も拡大していく予定。予防接種・母子保健分野では、予防接種B類の追加、里帰り出産への対応等のPMHの機能拡充を予定。

【PMHのユースケース】

(医療費助成)

- ✓ マイナ保険証を医療費助成の受給者証として利用し、医療機関で受診できるようにする

(予防接種・母子保健・自治体検診)

- ✓ 事前に予診票や問診票をスマホ等で入力し、マイナンバーカードを接種券・受診券として利用できるようにする
- ✓ マイナポータルから、接種勧奨・受診勧奨を行い、接種・健診忘れを防ぐとともに、接種履歴や健診結果がリアルタイムでマイナポータル上で確認できるようにする



◎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）（抄）

Ⅲ 具体的な施策及び到達点

（2）全国医療情報プラットフォームの構築

②自治体、介護事業所等とも、必要な情報を安全に共有できる仕組みの構築

医療や介護などのサービスの提供に関し、患者、自治体、医療機関、介護事業所等で紙の書類のやりとりがされており、患者にとって書類・手帳を持ち運ぶ手間となっているだけでなく、各機関において都度入力する必要があり、また各機関間での情報の共有に限界がある。

こうした業務フローを見直し、関係機関や行政機関等の中で必要な情報を安全に交換できる情報連携の仕組みを整備し、自治体システムの標準化の取組と連動しながら、介護保険、予防接種、母子保健、公費負担医療や地方単独の医療費助成などに係る情報を共有していく。また、個人が行政手続に必要な情報を入力しオンラインで申請ができる機能をマイナポータルに追加し、医療や介護などの手続をオンラインで完結させる。

（略）

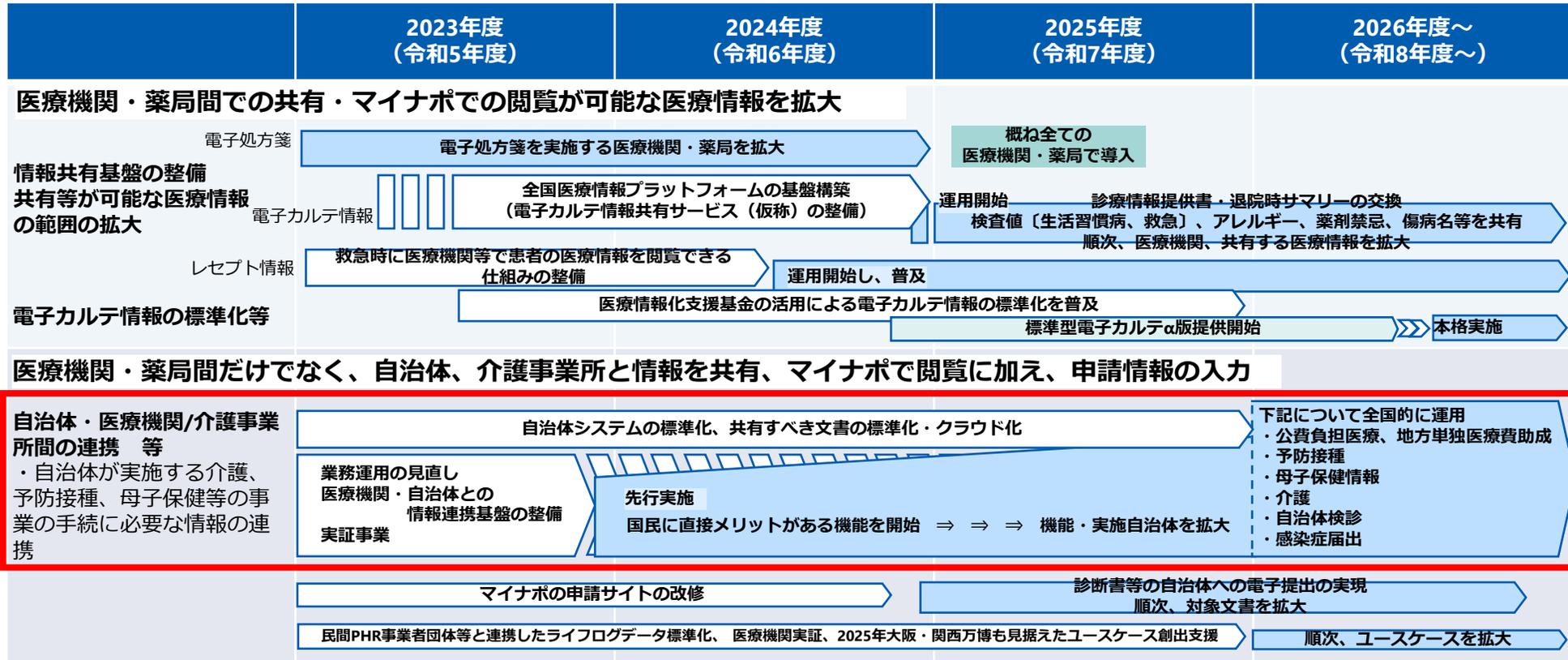
公費負担医療及び地方単独医療費助成への、オンライン資格確認等システムの対応拡大については、2023年度中に調査研究及び希望する自治体における事業を開始し、これらの取組を踏まえたシステム改善や、自治体システムの標準化の取組の状況などを踏まえながら、順次、参加する自治体や医療機関を拡大し、全国展開をしていく。

（略）

マイナンバーカードを活用した医療費助成の効率化関係 閣議決定・政府決定②

◎ 医療DXの推進に関する工程表〔全体像〕（令和5年6月2日医療DX推進本部決定）（抄）

全国医療情報プラットフォームの構築



※医療DX推進本部：総理を本部長、官房長官・厚労大臣・デジタル大臣を本部長代理、総務大臣・経産大臣を本部員として内閣に設置された本部。

◎デジタル社会の実現に向けた重点計画（令和6年6月21日閣議決定）（抄）

第1 目指す姿、理念・原則、重点的な取組

5. 重点課題に対応するための重点的な取組 / (1) デジタル共通基盤構築の強化・加速 / ① デジタル共通基盤構築
A 個人におけるデジタル完結の基盤となるマイナンバー制度/マイナンバーカードに係る取組の強化・加速

B マイナンバーカードの普及と利活用の推進

c 健康・医療・介護分野におけるマイナンバーカードを活用したデジタル化

法律にその実施根拠がある公費負担医療や地方公共団体が単独に設けた医療費等の助成制度（以下「公費負担医療制度等」という。）の受給者証、予防接種の接種券、母子保健（健診）の受診券、医療機関の診察券、介護保険証等をマイナンバーカードと一体化することにより、マイナンバーカード一枚で受診できる環境整備など、医療DXの推進に関する工程表等に基づき取組を進める。

マイナンバーカードを公費負担医療制度等の受給者証として利用する取組については2023年度末より、予防接種の接種券、母子保健（健診）の受診券、介護保険証として利用する取組については、2024年度より先行実施の対象自治体において順次事業を開始するとともに、その上で、全国的な運用を2026年度以降より順次開始する。

第3 重点政策一覧 / 1. デジタル化による成長戦略

○ [No.1-15] 医療費助成の受給者証や診察券とマイナンバーカードの一体化 ※医療費助成の受給者証関連抜粋

- ・ 法律にその実施根拠がある公費負担医療や子ども医療費等の地方公共団体が単独に設けた医療費等の助成制度の受給者証及び医療機関の診察券のマイナンバーカード化を推進し、マイナンバーカード一枚で医療機関・薬局を受診等できる環境整備を進める。
- ・ マイナンバーカードを医療費助成の受給者証として利用できるようにする取組については、2023年度から、希望する自治体で運用を開始している。2024年度は、先行実施の対象自治体を大幅に拡大することを目指し、その上で、早期の全国展開を図る。

具体的な目標： <受給者証とマイナンバーカードの一体化>

2023年度：情報連携基盤の整備と先行実施事業の開始

2024年度・2025年度：情報連携基盤の機能拡充と先行実施事業の参加自治体の拡大

2026年度以降：全国的な運用の順次開始

主担当省庁： デジタル庁

先行実施事業（令和5・6年度）の実施状況

◎都道府県の実施状況（22都道府県が参加）

種類	公費負担医療				地方単独医療費助成
	難病	小児慢性	結核患者の医療	精神通院 (自立支援医療)	その他※
実施都道府県数	19	18	4	13	2

※こども医療費助成、障害者医療費助成、ひとり親家庭等医療費助成以外の地方単独医療費助成

参加都道府県 青森県、宮城県、茨城県、栃木県、群馬県、埼玉県、千葉県、東京都、富山県、愛知県、三重県、滋賀県、大阪府、兵庫県、島根県、岡山県、広島県、香川県、佐賀県、長崎県、熊本県、大分県

◎市町村の実施状況（161市町村が参加）

種類	公費負担医療							地方単独医療費助成			
	難病	小児慢性	結核患者の医療	未熟児 養育医療	自立支援医療			こども	障がい	ひとり親	その他
					精神通院	更生医療	育成医療				
実施市町村数	1	9	3	15	1	33	33	149	131	141	48

参加市町村

①北海道：帯広市、上士幌町、芽室町、幕別町、池田町、浦幌町 / ②青森県：三沢市、つがる市、深浦町 / ③岩手県：一関市、九戸村 / ④宮城県：仙台市、大崎市
 ⑤秋田県：由利本荘市、湯沢市 / ⑥山形県：米沢市、酒田市 / ⑦茨城県：笠間市、鹿嶋市、桜川市 / ⑧栃木県：栃木市、那須塩原市
 ⑨群馬県：下仁田町、甘楽町 / ⑩埼玉県：川口市、戸田市、新座市、松伏町 / ⑪千葉県：銚子市、木更津市、松戸市、我孫子市、芝山町
 ⑫東京都：調布市、瑞穂町、日の出町、奥多摩町 / ⑬神奈川県：横浜市、平塚市、藤沢市、茅ヶ崎市 / ⑭新潟県：加茂市、南魚沼市 / ⑮石川県：加賀市
 ⑯山梨県：甲府市、富士吉田市、都留市、山梨市、韮崎市、笛吹市、甲州市、忍野村
 ⑰長野県：須坂市、塩尻市、佐久市、南牧村、南木曾町、大桑村、築北村、池田町、坂城町 / ⑱岐阜県：海津市、養老町 / ⑲静岡県：浜松市、御殿場市、南伊豆町
 ⑳愛知県：名古屋市長区、一宮市、津島市、豊田市、小牧市、愛西市、清須市、弥富市、あま市、長久手市、飛島村、設楽町、東栄町、豊根村
 ㉑三重県：津市、伊勢市、松阪市、鈴鹿市、名張市、亀山市、伊賀市、多気町、明和町、大台町、玉城町、度会町、大紀町、南伊勢町、紀北町、御浜町
 ㉒滋賀県：彦根市、近江八幡市、守山市、甲賀市、野洲市、米原市 / ㉓京都府：舞鶴市、宇治市、宮津市、亀岡市、八幡市、木津川市、精華町
 ㉔大阪府：岸和田市、豊中市、枚方市、松原市、柏原市、羽曳野市、摂津市、東大阪市、泉南市、四條畷市
 ㉕兵庫県：尼崎市、西宮市、伊丹市、西脇市、宝塚市、三木市、小野市、加西市、加東市、多可町、神戸市 / ㉖奈良県：川西町、田原本町、広陵町
 ㉗和歌山県：和歌山市 / ㉘島根県：松江市、出雲市 / ㉙岡山県：岡山市、倉敷市、玉野市、瀬戸内市、赤磐市、吉備中央町 / ㉚広島県：福山市、神石高原町
 ㉛徳島県：阿南市、上板町、つるぎ町 / ㉜香川県：東かがわ市、宇多津町 / ㉝愛媛県：松山市、鬼北町 / ㉞福岡県：柳川市 / ㉟佐賀県：佐賀市
 ㊱長崎県：大村市、平戸市 / ㊲熊本県：熊本市 / ㊳大分県：別府市 / ㊴宮崎県：都城市 / ㊵沖縄県：那覇市、金武町、渡嘉敷村

令和6年度PMH（医療費助成）先行実施事業 参加都道府県一覧

No.	都道府県名	公費負担医療							地方単独医療費助成				
		難病	小児慢性	結核患者の医療	未熟児養育医療	自立支援医療			こども	障がい	ひとり親	その他	その他詳細
						精神通院	更生医療	育成医療					
1	青森県	○	○			○							
2	宮城県	○	○			○							
3	茨城県	○	○										
4	栃木県	○	○			○							
5	群馬県			○									
6	埼玉県	○	○										
7	千葉県	○	○			○							
8	東京都	○	○			○					○	通院患者医療費助成(低所得者対策)、難病医療費助成(都単独疾病)、特殊医療費助成(人工透析を必要とする腎不全)、被爆者の子に対する医療費助成	
9	富山県	○	○			○							
10	愛知県	○	○										
11	三重県	○	○										
12	滋賀県					○							
13	大阪府	○	○			○							
14	兵庫県	○	○										
15	島根県					○							
16	岡山県	○	○	○		○							
17	広島県	○	○										
18	香川県	○	○								○	香川県指定難病医療費助成	
19	佐賀県	○	○	○		○							
20	長崎県	○				○							
21	熊本県	○	○	○		○							
22	大分県	○	○										
合計		19	18	4	0	13	0	0	0	0	0	2	

令和5・6年度PMH（医療費助成）先行実施事業 参加市町村一覧①

No.	都道府県名	団体名	公費負担医療							地方単独医療費助成				
			難病	小児慢性	結核患者 の医療	未熟児 養育医療	自立支援医療			子ども	障がい	ひとり親	その他	その他詳細
							精神通院	更生医療	育成医療					
1	北海道	帯広市				○		○	○	○	○	○		
2		上士幌町								○	○	○		
3		芽室町								○	○	○		
4		幕別町								○	○	○		
5		池田町								○	○	○		
6		浦幌町								○	○	○		
7	青森県	三沢市						○	○	○				
8		つがる市						○	○	○		○		
9		深浦町							○	○	○		○	
10	岩手県	一関市								○	○	○	○	妊産婦
11		九戸村								○	○	○	○	妊産婦、老人、寡婦
12	宮城県	仙台市								○	○	○		
13		大崎市								○	○	○		
14	秋田県	由利本荘市						○	○	○	○	○		
15		湯沢市								○	○	○		
16	山形県	米沢市						○	○	○	○	○		
17		酒田市								○	○	○		
18	茨城県	笠間市								○	○	○	○	妊産婦
19		鹿嶋市								○	○	○	○	妊産婦
20		桜川市								○	○	○	○	妊産婦
21	栃木県	栃木市								○				
22		那須塩原市								○		○	○	重度心身障害者医療費助成、妊産婦医療費助成
23	群馬県	下仁田町								○	○	○		
24		甘楽町								○	○	○		
25	埼玉県	川口市		○		○								
26		戸田市								○		○		
27		新座市								○		○		
28		松伏町								○	○	○		

令和5・6年度PMH（医療費助成）先行実施事業 参加市町村一覧②

No.	都道府県名	団体名	公費負担医療						地方単独医療費助成					
			難病	小児慢性	結核患者 の医療	未熟児 養育医療	自立支援医療			子ども	障がい	ひとり親	その他	その他詳細
							精神通院	更生医療	育成医療					
29	千葉県	銚子市								○		○		
30		木更津市								○		○		
31		松戸市								○		○		
32		我孫子市						○	○	○	○	○		
33		芝山町								○		○		
34	東京都	調布市								○		○		
35		瑞穂町								○	○	○		
36		日の出町								○	○	○		
37		奥多摩町								○				
38	神奈川県	横浜市								○	○	○		
39		平塚市				○				○				
40		藤沢市						○						
41		茅ヶ崎市								○	○	○		
42	新潟県	加茂市								○	○	○	○	妊産婦
43		南魚沼市								○	○	○		
44	石川県	加賀市								○				
45	山梨県	甲府市		○	○	○				○	○	○		
46		富士吉田市								○	○	○		
47		都留市								○		○		
48		山梨市								○	○	○		
49		韮崎市								○	○	○		
50		笛吹市								○	○	○		
51		甲州市								○	○	○		
52	忍野村								○		○			
53	長野県	須坂市								○	○	○		
54		塩尻市								○	○	○		
55		佐久市								○	○	○	○	妊産婦
56		南牧村								○	○	○	○	妊婦、寡婦

令和5・6年度PMH（医療費助成）先行実施事業 参加市町村一覧③

No.	都道府県名	団体名	公費負担医療							地方単独医療費助成				
			難病	小児慢性	結核患者 の医療	未熟児 養育医療	自立支援医療			こども	障がい	ひとり親	その他	その他詳細
							精神通院	更生医療	育成医療					
57	長野県 (続)	南木曾町								○	○	○		
58		大桑村								○	○	○		
59		筑北村								○	○	○		
60		池田町								○	○	○		
61		坂城町								○	○	○		
62	岐阜県	海津市								○	○	○		
63		養老町								○	○	○		
64	静岡県	浜松市	○	○				○						
65		御殿場市								○	○	○		
66		南伊豆町								○				
67	愛知県	名古屋市								○	○	○	○	福祉給付金
68		一宮市		○	○	○			○	○	○	○	○	後期高齢者福祉、精神障害(精神通院)
69		津島市								○	○	○	○	精神、後期高齢
70		豊田市		○		○			○	○	○	○	○	福祉給付金
71		小牧市							○	○	○	○	○	後期高齢者福祉
72		愛西市								○	○	○	○	精神障害者医療、後期高齢者福祉医療
73		清須市								○	○	○	○	精神障害者医療、後期高齢者福祉医療
74		弥富市								○	○	○	○	精神障害者医療、後期高齢者福祉医療
75		あま市								○	○	○	○	精神障害者医療、後期高齢者福祉医療
76		長久手市				○								
77		飛島村								○	○	○	○	精神障害者、後期高齢者
78		設楽町								○	○	○	○	精神、後期高齢
79		東栄町								○	○	○	○	精神、後期高齢
80		豊根村								○	○	○	○	精神、後期高齢
81	三重県	津市								○	○	○	○	妊産婦、精神
82		伊勢市								○	○	○		
83		松阪市								○	○	○		
84		鈴鹿市								○	○	○		

令和5・6年度PMH（医療費助成）先行実施事業 参加市町村一覧④

No.	都道府県名	団体名	公費負担医療						地方単独医療費助成					
			難病	小児慢性	結核患者 の医療	未熟児 養育医療	自立支援医療			こども	障がい	ひとり親	その他	その他詳細
							精神通院	更生医療	育成医療					
85	三重県 (続)	名張市								○	○	○		
86		亀山市								○	○	○		
87		伊賀市								○	○	○		
88		多気町								○	○	○		
89		明和町								○	○	○		
90		大台町								○	○	○	○	65歳以上重度
91		玉城町								○	○	○		
92		度会町								○	○	○		
93		大紀町								○	○	○		
94		南伊勢町								○	○	○		
95		紀北町								○	○	○		
96		御浜町								○	○	○		
97	滋賀県	彦根市								○	○	○	○	低所得老人、ひとり暮らし(高齢)寡婦、精神科通院
98		近江八幡市								○	○	○	○	低所得老人、ひとり暮らし(高齢)寡婦
99		守山市								○	○	○	○	低所得老人、ひとり暮らし(高齢)寡婦、精神科通院
100		甲賀市								○	○	○	○	低所得老人、精神障がい、ひとり暮らし寡婦、ひとり暮らし高齢寡婦
101		野洲市								○	○	○	○	低所得老人、ひとり暮らし(高齢)寡婦、精神科通院
102		米原市								○	○	○	○	低所得老人、ひとり暮らし(高齢)寡婦、精神科通院
103	京都府	舞鶴市									○			
104		宇治市								○	○	○	○	老人医療助成、重度心身障害老人健康管理事業
105		宮津市								○	○	○	○	老人医療助成、重度心身障害老人健康管理事業
106		亀岡市								○	○	○		
107		八幡市								○	○	○	○	老人医療助成、重度心身障害老人健康管理事業
108		木津川市								○	○	○	○	老人医療助成、重度心身障害老人健康管理事業
109		精華町								○	○			
110	大阪府	岸和田市									○			
111		豊中市								○	○	○		
112		枚方市								○	○	○		

令和5・6年度PMH（医療費助成）先行実施事業 参加市町村一覧⑤

No.	都道府県名	団体名	公費負担医療						地方単独医療費助成					
			難病	小児慢性	結核患者の医療	未熟児養育医療	自立支援医療			こども	障がい	ひとり親	その他	その他詳細
							精神通院	更生医療	育成医療					
113	大阪府 (続)	松原市								○	○	○		
114		柏原市								○	○	○		
115		羽曳野市				○		○	○	○	○	○		
116		摂津市								○	○	○		
117		東大阪市								○	○	○		
118		泉南市								○	○	○		
119		四條畷市								○	○	○		
120	兵庫県	尼崎市		○										
121		西宮市		○	○	○			○	○	○	○	○	高齢期移行医療
122		伊丹市								○	○	○	○	高齢期移行
123		西脇市								○	○	○	○	高齢期移行
124		宝塚市								○	○	○	○	高齢期移行
125		三木市								○	○	○	○	高齢期移行
126		小野市								○	○	○	○	高齢期移行
127		加西市								○	○	○	○	高齢期移行
128		加東市								○	○	○	○	高齢期移行者
129		多可町					○			○	○	○		
130		神河町					○		○	○	○	○	○	○
131	奈良県	川西町								○	○	○	○	精神
132		田原本町								○	○	○	○	精神
133		広陵町								○	○	○	○	精神
134	和歌山県	和歌山市							○	○	○	○	○	老人医療
135	島根県	松江市		○						○	○	○		
136		出雲市					○		○	○	○	○		
137	岡山県	岡山市								○	○	○		
138		倉敷市								○	○	○		
139		玉野市								○	○	○		
140		瀬戸内市								○	○	○		

令和5・6年度PMH（医療費助成）先行実施事業 参加市町村一覧⑥

No.	都道府県名	団体名	公費負担医療						地方単独医療費助成					その他詳細
			難病	小児慢性	結核患者 の医療	未熟児 養育医療	自立支援医療			子ども	障がい	ひとり親	その他	
							精神通院	更生医療	育成医療					
141	岡山県 (続)	赤磐市				○		○	○	○	○			
142		吉備中央町						○		○	○			
143	広島県	福山市		○		○		○	○	○				
144		神石高原町							○	○	○			
145	徳島県	阿南市						○	○	○				
146		上板町						○	○					
147		つるぎ町						○	○	○	○			
148	香川県	東かがわ市							○	○	○			
149		宇多津町							○	○	○			
150	愛媛県	松山市							○	○	○			
151		鬼北町							○	○	○			
152	福岡県	柳川市							○	○	○			
153	佐賀県	佐賀市							○		○			
154	長崎県	大村市							○					
155		平戸市							○					
156	熊本県	熊本市					○	○	○		○			
157	大分県	別府市						○	○	○				
158	宮崎県	都城市				○		○	○	○		○	寡婦等医療	
159	沖縄県	那覇市								○				
160		金武町							○					
161		渡嘉敷村							○	○	○			
合計			1	9	3	15	1	33	33	149	131	141	48	

※秋田県由利本荘市・愛知県一宮市・長崎県大村市・熊本県熊本市・宮城県都城市の5市は令和5年度先行実施事業の採択自治体。それ以外の152市町村は令和6年度先行実施事業のみの採択自治体。
 ※愛知県一宮市・宮崎県都城市は令和5年度先行実施事業の採択自治体であるとともに、令和6年度先行実施事業の採択自治体（令和6年度事業では、令和5年度事業の対象では無かった結核患者の医療・未熟児養育医療を対象に事業を実施）。

医療DXの基盤となるマイナ保険証

患者本人の薬剤や診療のデータに基づくより良い医療の実現等を図るため、医療DXのパスポートであるマイナ保険証の利用促進を図っていくことが重要。

電子処方箋

処方・調剤情報をリアルタイムで共有
→ 併用禁忌・重複投薬を回避

電子処方箋管理サービス



レセプト返戻の減少



公費負担医療の受給者証・
診察券とマイナンバーカードの一体化



確実な本人確認により
なりすましを防止

オンライン資格確認等システム



マイナ保険証
→ 将来的には、スマート
フォン1台で受診可能に

患者本人の健康・医療
データに基づくより良い
医療の実現

電子カルテ

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

電子カルテ情報共有サービス



高額療養費の自己負担限
度額を超える分の
支払を免除



救急医療における
患者の健康・医療データ
の活用

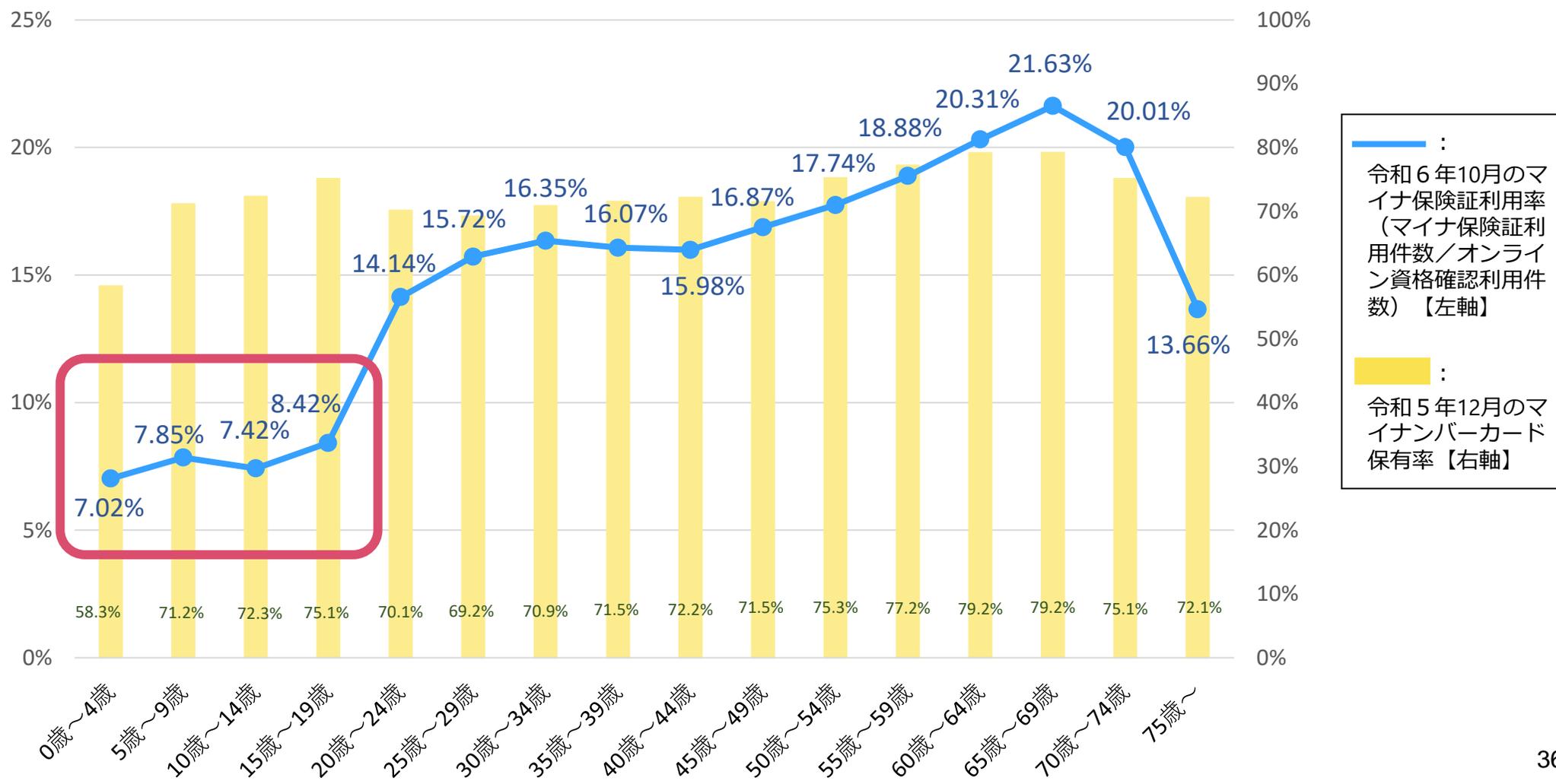


- ✓ マイナ保険証の利用を通じた医療機関・薬局における薬剤情報（レセプト）閲覧の利用件数は784万件（R6.9）、診療情報（レセプト）閲覧の利用件数は1,548万件（R6.9）。さらに、薬局における電子処方箋の導入（R6.12の導入率：59%）によって、電子処方箋対応医療機関・薬局ではリアルタイムの薬剤情報の閲覧が可能になる。
- ✓ 救急隊がマイナ保険証を活用して患者の医療情報を正確かつ早期に把握する取組について、R6年度に67消防本部660隊で全国規模の実証事業を実施し、R7年度に全国展開を推進。「生命の危機、身体の保護の必要がある」と判断された場合に、マイナ保険証を活用して患者の同意不要で医療情報を閲覧できる仕組みをR6年12月より開始。
- ✓ マイナ保険証を活用して全国の医療機関等が患者の6情報（傷病名、感染症、薬剤アレルギー等、その他アレルギー等、検査、処方）を閲覧できる電子カルテ情報共有サービスについて、R7年度中に本格稼働。

マイナ保険証普及に当たっての課題：年齢階級別マイナ保険証利用率

年齢階級別マイナ保険証利用率を見ると、マイナ保険証に加えて子ども医療費の受給者証を提示することが一般的である子どもは、マイナ保険証の利用率が低くなっている。

⇒ マイナ保険証の利用促進に向けて、マイナ保険証と公費負担医療・地方単独医療費助成の受給者証の一体化が重要。



(参考) 医療用医薬品の安定確保策に関する関係者会議

目的

- 医療現場で長年汎用されてきた医薬品について、製造上のトラブルや、企業の経営事情等により製造又は輸入が行われず、予告なく供給停止が行われることは、医療の提供に支障を来すおそれがある。
 実際、一部の抗菌薬について、製造上のトラブルに起因して長期にわたり安定的な供給が滞り、医療の円滑な提供に深刻な影響を及ぼす事案が発生したことがある。このほかにも様々な要因により供給不安に陥る事案が発生しており、関係学会等から、安定的な医薬品の確保を求める強い要請が寄せられている。
- このため、厚生労働省医政局医薬産業振興・医療情報審議官の意見聴取の場として、医薬品の製造や流通に関するステークホルダーや有識者から構成される会合を開催し、抗菌薬等をはじめとする医療用医薬品の安定確保策について議論する。

構成員	所属	◎：座長
一條 武	一般社団法人 日本医薬品卸売業連合会	副会長
梶山 健一	日本製薬団体連合会安定確保委員会	委員長
川上 純一	浜松医科大学医学部附属病院薬剤部	教授・薬剤部長
清田 浩 ◎	東京慈恵会医科大学 客員教授 井口腎泌尿器科・内科	新小岩副院長
近野 保	日本ジェネリック製薬協会薬制委員会	薬制委員会委員長代行
坂巻 弘之	一般社団法人 医薬政策企画P-Cubed	代表理事
関 健	一般社団法人 日本医療法人協会	副会長
豊見 敦	公益社団法人 日本薬剤師会	常務理事
成川 衛	北里大学薬学部	教授
原 靖明	一般社団法人 日本保険薬局協会医薬品流通・OTC検討委員会	副委員長
平川 淳一	公益社団法人 日本精神科病院協会	副会長
蛭田 修	熊本保健科学大学品質保証・精度管理学共同研究講座	特命教授
藤川 伊知郎	一般社団法人 日本薬業貿易協会	会長
本間 正充	国立医薬品食品衛生研究所	所長
松本 哲哉	国際医療福祉大学医学部感染症学講座	主任教授
三村 優美子	青山学院大学	名誉教授
宮川 政昭	公益社団法人 日本医師会	常任理事

開催状況

※ 各回の議題については、一部、簡略化して記載している。

第1回 (R2.3.27)	これまでの経緯等について 議論のポイント(例)について
§	§
第5回 (R3.3.26)	安定確保医薬品の選定及びカテゴリ分類について
第6回 (R4.3.25)	これまでの取組のフォローアップについて 医療用医薬品の安定供給に関する最近の取組について
第7回～ 第10回	医療用医薬品の安定供給について 感染症法等の施行に向けた対応
第11回 (R6.3.15)	品質確保・信頼性確保のための自主点検の実施について 「後発医薬品検討会」を踏まえた検討事項について①
第12回～ 第13回	「後発医薬品検討会」を踏まえた検討事項について②・③
第14回 ～第18回	医療用医薬品の安定供給について

(参考) データを活用した安定確保医薬品・感染症対応医薬品のモニタリング例①

～市場全体における医療用医薬品の供給状況の把握～

課題

- 製造販売業者の薬効や成分ごとの供給状況（在庫量や生産計画量等を含む）が適時に把握できていないことから、市場全体の供給不安の状況や、要因等を把握することが困難。

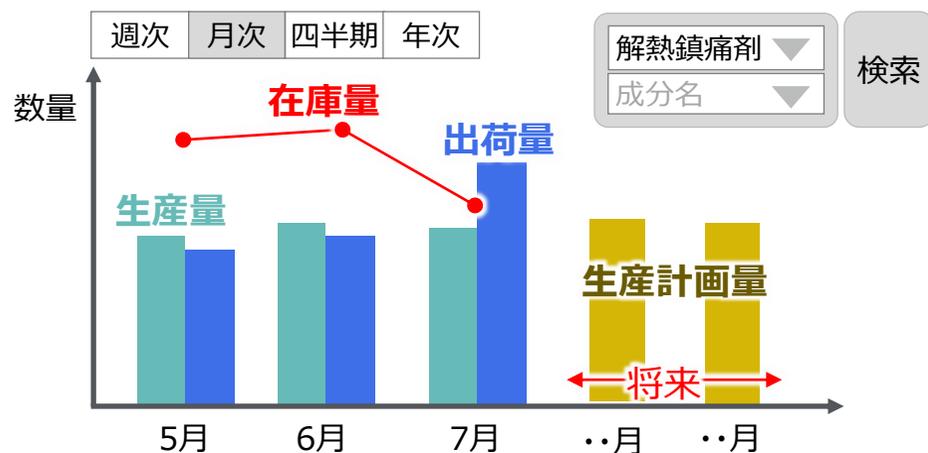
対応策

- 平時から市場全体の大まかな供給状況を把握・提示することで、供給不安が発生した場合に、過去の変動等も勘案し、適正量の増産・供給が行いやすい環境を整備してはどうか。

平時から製造販売業者全体の足元の生産量と在庫量等をグラフ化することで、市場全体における平時の供給状況を把握するとともに、供給不安発生時に市場全体で生じている変化を可視化。

製造販売業者の生産計画、生産、在庫、受注、出荷量

利用情報：製販の生産計画、生産量、在庫量、出荷量、受注量

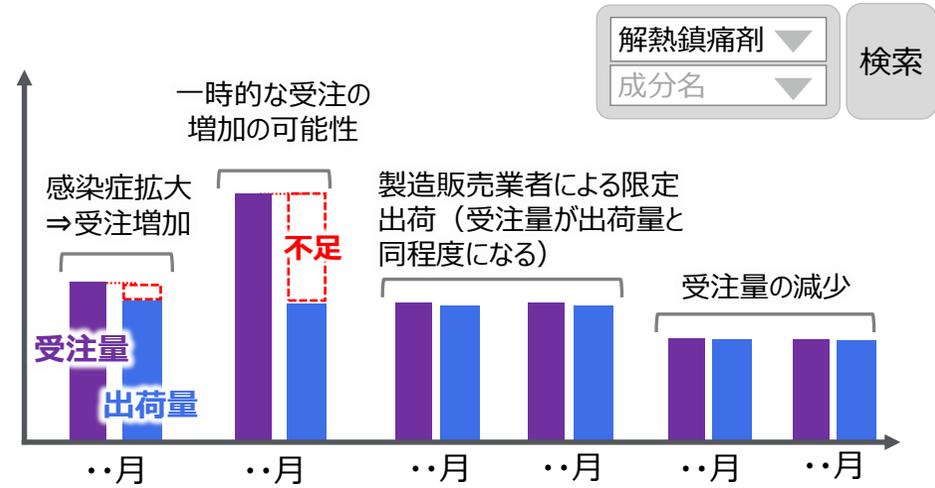


製造販売業者全体の「受注量」と「出荷量」を比較することで、需要への充足状況を可視化

製造販売業者の受注量・出荷量

利用情報：製販の受注量、出荷量

※下記グラフは、感染症が流行した場合のイメージ。



市場全体の供給量の適正化・見える化につながる可能性（限定出荷解除等の企業判断にも資する可能性）。

一方で、実用化に向けては、様々な課題の検討が必要（例：出荷量等を表示する際の品目の集計方法、システム構築の実現可能性）であり、費用対効果も踏まえつつ、今後、具体的な検証を進めることとしてはどうか。

(参考) データを活用した安定確保医薬品・感染症対応医薬品のモニタリング例②

～薬局等への出荷量と電子処方箋管理サービスの調剂量等を活用した需給ヒートマップ～

課題

- 供給側の問題等に端を発する供給減や感染症等の流行期における需要増による供給不安と比べて、潜在的要因による供給不安の兆候を事前に察知するための情報が少なく難しい。

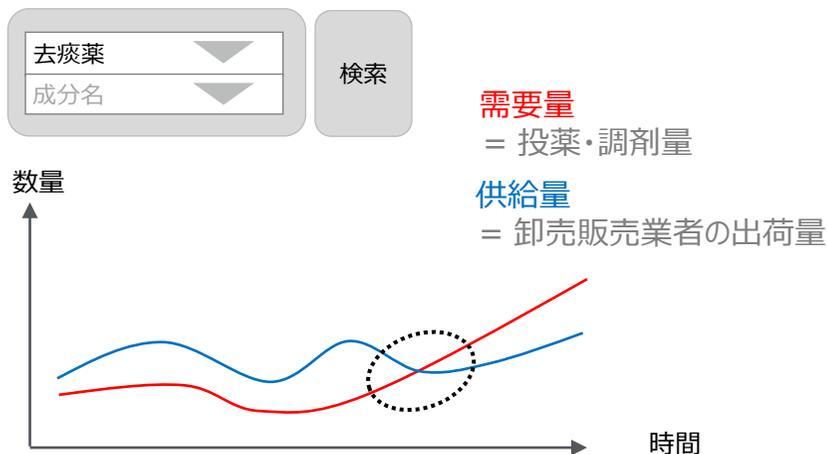
対応策

- 平時から電子処方箋管理サービスの調剂量と医薬品の出荷量を比較し、それぞれの需給状況の推移や地域ごとの需給状況を把握する。把握した情報の推移等の変化を捉えることで事前に供給不安の兆候を察知することとしてはどうか。

卸売販売業者の「出荷量」と「投薬・調剂量」の差分により市場全体として需要を充足できているのかを可視化。

需要と供給の時系列グラフ

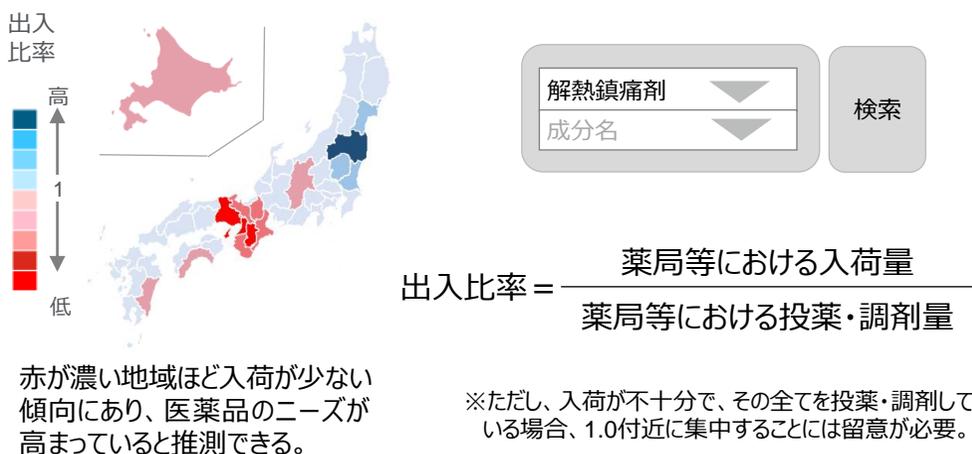
利用情報：卸の出荷量、薬局等の投薬・調剂量



各地域の「入荷量」と「投薬・調剂量」の比率を地図上にプロットし、医薬品の需給状況を可視化。

薬局等の入荷量と投薬・調剂量比率ヒートマップ

利用情報：卸の出荷量、薬局等の投薬・調剂量



地域ごとの医薬品（成分）の供給不足の兆候の迅速な把握、対応につなげられる可能性。

一方で、実用化に向けては、様々な課題の検討が必要（例：出入比率を検証する期間の設定等、システム構築の実現可能性）であり、費用対効果も踏まえつつ、今後、具体的な検証を進めることとしてはどうか。

※上記のような分析を行う場合、電子処方箋未導入の機関等の影響を考慮して分析する必要がある。

※電子処方箋のデータの活用により、どの程度流通量と照らし合わせた分析ができるか等について、検証が必要。39

【参考】令和6年度診療報酬改定 救急時医療情報閲覧機能の導入の推進

救急時医療情報閲覧機能の導入の要件化

- 救急時医療情報閲覧機能の導入により、救急患者に対する迅速かつ的確で効率的な治療を更に推進する観点から、総合入院体制加算、急性期充実体制加算及び救命救急入院料について要件を見直す。

現行

【急性期充実体制加算】

[施設基準]

第1の2 急性期充実体制加算

1 急性期充実体制加算に関する施設基準

(1) ~ (4) (略)

(5) 24時間の救急医療提供として、次のいずれにも該当していること。

ア・イ (略)

(新設)



改定後

【急性期充実体制加算】

[施設基準]

第1の2 急性期充実体制加算

1 通則

(1) ・ (2) (略)

(3) 24時間の救急医療提供として、次のいずれにも該当していること。

ア・イ (略)

ウ 救急時医療情報閲覧機能を有していること。

[経過措置]

1の(3)のウに規定する救急時医療情報閲覧機能の要件については、令和7年4月1日以降に適用するものとする

<参考> 令和7年4月時点の導入見込み

想定利用施設は三次救急医療機関を中心とした「救急搬送の受入施設」から普及を進めていく

(救急時医療情報閲覧の利用可能施設の定義は電子カルテ導入済みの「病院」、診療所等では利用不可)

前提	<ul style="list-style-type: none">2024年度診療報酬改定にて、救急時医療情報閲覧機能を有していることが要件に追加された施設基準※の経過措置が令和7年3月31日に終了することを踏まえ、当該施設基準を1つでも算定している医療機関は、令和7年4月時点で救急時医療情報閲覧機能を導入していると仮定した。また、当該施設基準を算定している医療機関は三次および二次救急医療機関に限定されるため、三次および二次救急医療機関のうち、当該施設基準を算定している医療機関数を算出し、上記の仮定に基づき、導入予想数を見積もった。 ※ 総合入院体制加算1～3・急性期充実体制加算・救命救急入院料算定1～4
4月時点 導入予想数	<p>三次救急医療機関：296施設/313施設 (94.6%) (二次救急医療機関：237施設/3,327施設 (7.1%))</p>
使用データ	<p>【三次救急医療機関数】</p> <ul style="list-style-type: none">[厚生労働省HP] 救命救急センター設置状況一覧 (令和5年10月1日版) <p>【二次救急医療機関数】</p> <ul style="list-style-type: none">[厚生労働省HP] 救急医療提供体制現状調べ 第三次・第二次救急医療機関 (救命救急センターを除く) (調査票A2) (令和4年4月1日版)[厚生労働省HP] 救急医療提供体制現状調べ 救命救急センター (調査票A3) (令和4年4月1日版) <p>※ 上記調査票から三次救急医療機関を除いた数を算出</p> <p>【施設基準の算定施設数】</p> <ul style="list-style-type: none">[地方厚生局HP] 届出受理医療機関名簿 (医科) (令和6年1月1日版) <p>※ 上記名簿から総合入院体制加算1～3、急性期充実体制加算、救命救急入院料1～4のうち一つでも算定している施設数を算出</p>