

第104回社会保障審議会医療保険部会 議事次第

平成29年 4月26日(水)
14時00分～16時00分
場所：全国都市会館大ホール

(議 題)

1. 保険者インセンティブについて(報告)
2. 都道府県のガバナンスの強化について
3. 働き方改革実行計画について(報告)
4. その他

(配布資料)

- | | |
|---------|--|
| 資 料 1 | 保険者インセンティブについて |
| 資 料 2 | 都道府県のガバナンスの強化について |
| 資 料 3 | 「働き方改革実行計画」の概要(平成29年3月28日働き方改革実現会議決定) |
| 資料4-1 | 施術管理者の要件について(平成29年3月27日) |
| 資料4-2 | あん摩マッサージ指圧、はり・きゅう療養費の見直しについて(平成29年3月27日) |
| 参考資料1-1 | 保険者努力支援制度(平成28年度前倒し分)の結果(詳細) |
| 参考資料1-2 | 後期高齢者医療における保険者インセンティブ(平成28年度前倒し分)の結果(詳細) |
| 参考資料2 | 働き方改革実行計画(平成29年3月28日働き方改革実現会議決定) |
| 参考資料3 | 経済財政諮問会議 塩崎臨時議員提出資料(平成29年4月12日) |
| 参考資料4 | 未来投資会議 塩崎厚生労働大臣提出資料(平成29年4月14日) |
| 委員提出資料 | 望月委員提出資料 |

社会保障審議会医療保険部会 委員名簿

平成29年4月26日

いわむら まさひこ ○ 岩村 正彦	東京大学大学院法学政治学研究科教授
えんどう ひさお ◎ 遠藤 久夫	国立社会保障・人口問題研究所所長
えんどう ひでき 遠藤 秀樹	日本歯科医師会常務理事
おかざき せいや 岡崎 誠也	全国市長会国民健康保険対策特別委員長／高知市長
かねこ ひさし 兼子 久	全国老人クラブ連合会理事
きくち れいこ 菊池 令子	日本看護協会副会長
こばやし たけし 小林 剛	全国健康保険協会理事長
しらかわ しゅうじ 白川 修二	健康保険組合連合会副会長
しんたに のぶゆき 新谷 信幸	日本労働組合総連合会副事務局長
すがはら たくま 菅原 琢磨	法政大学経済学部教授
たけひさ ようぞう 武久 洋三	日本慢性期医療協会会長
はら かつのり 原 勝則	国民健康保険中央会理事長
ひぐち けいこ 樋口 恵子	NPO法人高齢社会をよくする女性の会理事長
ふくだ とみかず 福田 富一	全国知事会社会保障常任委員会委員長／栃木県知事
ふじい りゅうた 藤井 隆太	日本商工会議所社会保障専門委員会委員
ほり まなみ 堀 真奈美	東海大学教養学部人間環境学科教授
まつばら けんじ 松原 謙二	日本医師会副会長
もちづき あつし 望月 篤	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
もり まさひら 森 昌平	日本薬剤師会副会長
よこお としひこ 横尾 俊彦	全国後期高齢者医療広域連合協議会会長／多久市長
わだ よしたか 和田 仁孝	早稲田大学法学学術院教授
わたなべ ひろきち 渡邊 廣吉	全国町村会副会長／新潟県聖籠町長

◎印は部会長、○印は部会長代理である。

(五十音順)

第104回 社会保障審議会医療保険部会

平成29年4月26日(水) 14:00~16:00

全国都市会館 大ホール

○
速記

遠藤委員 ○
濱谷審議官 ○
鈴木局長 ○
遠藤部長 ○
岩部会長代理村 ○
谷内審議官 ○
渡邊委員 ○
和田委員 ○

岡崎委員 ○
(村岡参考人)

兼子委員 ○

菊池委員 ○

小林委員 ○

白川委員 ○

新谷委員 ○

菅原委員 ○

武久委員 ○

○横尾委員

○森委員

○松原委員

○堀委員

○藤井委員

○福田委員
(小竹参考人)

○樋口委員
(新井参考人)

○原委員

○泉 課長
○榎本 課長
○宮本 課長
○高木 室長
○城 課長
○黒田 課長
○迫井 課長
○眞鍋 企画官
○平子 室長
○山内 課長

○高齢者医療課
○国民健康保険課
○保険課
○医療政策課
○総務課
○友田 室長
○矢田 貝室長
○小椋 管理官
○中山 管理官
○仲津留 企画官

傍聴者席

都道府県のガバナンスの強化について

平成29年4月26日
厚生労働省 保険局

医療費適正化計画の策定と進捗管理について

(1) 第3期の医療費適正化計画に対応したデータ活用等の環境整備

- 医療費適正化計画については、第2期までは「平均在院日数の短縮」と「特定健診等の実施率の向上」が取組目標の柱であったが、第3期（H30年度～35年度）では、「特定健診等の実施率の向上」に加えて、新たに「糖尿病の重症化予防の取組」「後発医薬品の数量シェアの数値目標の達成」「医薬品の適正使用（重複投薬、多剤投与の適正化）」を盛り込んだ。
- また、第3期からは、医療費適正化計画のPDCAサイクルが強化された（平成27年国保法等改正）。計画の中間年度に行う中間評価を廃止し、毎年度の進捗状況の公表、計画最終年度の進捗状況の調査・分析（暫定評価）を行うこととなった。



- こうした進捗管理（PDCA）を進めながら、新たな取組目標を達成するためには、保険者、自治体、医療関係者、住民のそれぞれが課題や方向性を共有しながら、取組を進めていくことが必要であり、取組の進捗状況の客観的な評価や関係者間での合意形成・共有に当たって、必要なデータを都道府県が活用・分析できる環境整備や体制強化が必要である。
- また、都道府県が、こうした医療費等のデータの調査分析を的確に実施できるよう、人材育成のための研修の拡充など、国が都道府県における調査分析の体制整備を支援していく必要がある。

（※1）医療費適正化計画については、H28年11月に厚生労働省で医療費適正化基本方針（告示）を改正して、平成35年度の医療費の見込みの算定式を提示した。国から都道府県には、この算定式を踏まえ、NDBデータから抽出したデータ等を用いた推計ツールを提供しており、平成29年度に、各都道府県で策定作業を進めることとしている。

（※2）国立保健医療科学院では、現在、国保データベースシステム（KDB）の活用マニュアルや都道府県職員が市町村に研修する研修プログラムを作成している。H29年度は、NDBから抽出した都道府県別の医療費分析ツールのマニュアルを作成予定。

○医療費適正化計画の取組目標

	第2期（H25～29年度）	第3期（H30～35年度）
住民の健康の保持の推進に関する目標	<ul style="list-style-type: none"> ・ 特定健診の実施率 70%以上 ・ 特定保健指導の実施率 45%以上 ・ メタボリックシンドロームの該当者及び予備群の減少率 25%以上 ・ たばこ対策 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 特定健診の実施率 70%以上 ・ 特定保健指導の実施率 45%以上 ・ メタボリックシンドロームの該当者及び予備群の減少率 25%以上 ・ たばこ対策 ・ 予防接種 ・ 生活習慣病等の重症化予防（糖尿病の重症化予防の取組など） ・ その他予防・健康づくりの推進（個人へのインセンティブの取組など）
医療の効率的な提供の推進に関する目標	<ul style="list-style-type: none"> ・ 平均在院日数の短縮 ・ 後発医薬品の使用促進に関する目標 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 後発医薬品の数量シェア 80%以上 ・ 医薬品の適正使用の推進に関する目標（重複投薬、多剤投与の適正化）

(2) 保険者協議会の位置づけ

- 都道府県内の医療費の適正化については、被用者保険を含め、都道府県と保険者が同じ意識をもって共同で取り組む必要がある。こうした観点から、保険者と後期高齢者広域連合が都道府県ごとに共同で「保険者協議会」を組織し（高齢者医療確保法）、都道府県や必要に応じて医療関係者等の参画も得て会議を開催している。
- 第3期計画からは、都道府県が医療費適正化計画の策定に当たって、保険者協議会に事前に協議することとなった。また、都道府県は、計画に盛り込んだ施策の実施に関して必要があると認めるときは、保険者、医療関係者等に必要な協力を求めることができることとされているが、さらに、保険者協議会を通じて協力を求めることができる仕組みとなった。
（平成27年国保法等改正、平成28年4月1日施行）

(※1) 保険者協議会は、高齢者医療確保法で、以下の3つの業務が規定されている。

- ① 特定健診・保健指導の実施等に関する保険者間の連絡調整
- ② 保険者に対する必要な助言又は援助
- ③ 医療費などに関する情報の調査及び分析

(※2) 保険者協議会は、市町村国保、国保組合、健保組合、共済組合、協会けんぽ、後期高齢者医療広域連合を構成員とし、全保険者協議会の事務局を都道府県国保連合会が担っている。都道府県担当部署は、47のうち33が正式な構成員、14がオブザーバー参加している（平成29年4月時点）。必要に応じて、医師会、歯科医師会、薬剤師会、看護協会、栄養士会、学識経験者等も参画している。



- 特定健診・保健指導をはじめとする医療費適正化計画に基づく取組は、予防・健康づくり、医療、介護と密接に関連しており、また、実効性ある取組とするためには、保険者、自治体、医療関係者、企業など、様々な主体との連携が必要。

平成30年度から、都道府県が保険者となることを契機として、今後、都道府県が主体となり、都道府県民の健康増進と医療費適正化について、自治体をはじめ、医療関係者や企業など、幅広い関係者と連携しながら、様々な地域課題について取り組む必要がある。

- 平成30年度からは、都道府県が国保の財政運営を担うことから（保険者協議会の構成員にも位置付けられる）、都道府県では、医療費適正化計画の進捗状況の把握と国保運営の両面から、保険者協議会も活用しながら、保険者横断的な医療費の調査分析等を含め、都道府県民の健康増進と医療費適正化を的確に実施できる体制を確保する必要がある。

《論点》

- 都道府県の住民の健康増進と医療費適正化について、都道府県が中核となって取組を的確に進めることができる体制を確保する観点から、以下の点について、検討する必要がある。
 - ・ 平成30年度から、都道府県が保険者となり、国保の財政運営を担うことから、保険者協議会における都道府県の位置づけや役割を明確化する必要があるのではないか。
 - ・ 都道府県が、医療費適正化計画の的確な進捗管理（PDCA）を行うため、国から提供するデータなども活用して、県内の保険者横断的な医療費等の分析を行う機能を強化する必要があるのではないか。
 - ・ 県民の健康増進と医療費適正化について、都道府県が中核となって取組を進めるためには、保険者、自治体、医療関係者、企業などの幅広い関係者と連携等することが重要である。このために必要な体制はどのようなものか、先進事例も踏まえつつ、検討する必要がある。

医療費・介護費の地域差是正に向けた取組

医療費の地域差縮小に向けた取組

厚生労働省



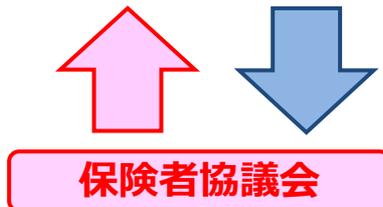
- 保険者努力支援制度等を活用して、保険者が行う健康の保持増進等の取組を**インセンティブ**で支援（平成30年度以降）
- 都道府県や保険者の取組状況を**指標で「見える化」**（分かりやすく公表）
- 都道府県が医療費分析できるよう、**県単位のNDB(レポデータ)の迅速な提供**
- 厚生労働大臣は、国・都道府県の適正化計画の目標達成のため必要と認めるときは、あらかじめ都道府県と協議の上、**都道府県別に診療報酬の異なる定め**ができる

都道府県

都道府県が国保の保険財政と医療提供体制で権限と責任。医療費適正化計画等の策定主体として保険者協議会に参画し、実効性を高める。

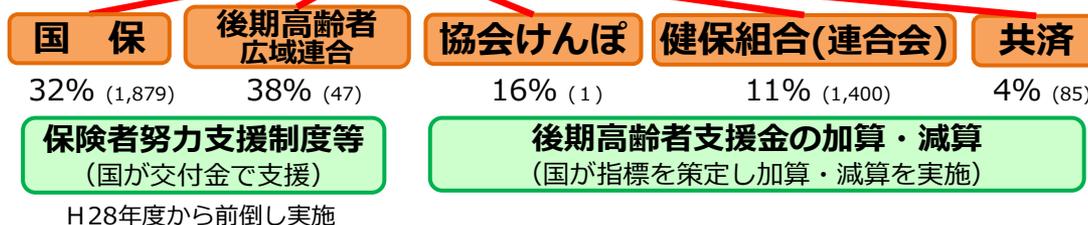
- ①医療提供体制の権限：地域医療構想の推進（医療介護総合確保基金の活用、病床転換の中止要請権限等）
- ②医療の財政責任：国保の財政運営の責任（H30年度～）、医療費適正化計画の策定、医療費の分析、厚労大臣に診療報酬の意見提出
 - 医療費が目標を著しく上回ると認める場合又は項目の目標を達成できないと認める場合、保険者・後期広域連合・医療機関と協力して必要な対策を講じるよう努める
 - 医療費適正化計画の取組の推進のため、保険者協議会を通じて、保険者に対して適正化や保健事業の推進など協力を要請

- 協議会は県が策定する地域医療構想と適正化計画に意見を提出



- 県は協議会に対し地域医療構想と適正化計画について協議、適正化の取組への協力を要請

H25年度
 医療費構成割合
(保険者数)
 保険者への
 インセンティブ
(国が決定)



都道府県の権限の強化

- 都道府県が保険者協議会で**主導的な役割を發揮**
- 国が行う保険者へのインセンティブについて**都道府県からの意見を反映**
- 都道府県が**保険者と共同で医療費等を分析**、P DCAを用いて運営責任を共有

都道府県の保健ガバナンスの抜本強化

－ 地域の予防・健康・医療・介護の司令塔としての都道府県の役割の明確化 －

- 地域における『予防・健康・医療・介護』は、それぞれ密接に関連するが、制度がバラバラ。都道府県の役割は限定的。
- **都道府県を、個人・保険者・医療機関等の自発的な行動変容を促す司令塔へ。** このため、**制度(権限)・予算(財政)・情報(データ)・人材**などの面で、**都道府県の保健ガバナンスの抜本強化**を検討。

	予防・健康	医療		介護
		提供体制	保険	
都道府県の役割	適正化計画の策定	医療計画の策定	国保の保険者(H30～)	市町村支援

制度(権限)の強化

－ 都道府県が取りまとめる協議体の構築(「保険者協議会」の改組)－

- 住民の健康づくりや、効率的な医療・介護の提供体制の構築など、様々な地域課題に取り組む。



予算(財政)の強化

－ 都道府県のインセンティブ改革(保険者努力支援制度等)－

- インセンティブ制度を拡充するとともに、アウトカム指標を導入。



人材の強化

－ 主体的な医療施策の企画立案能力の向上－

- 医療政策、データ分析等に精通した人材確保に向け、関係者で連携。



情報(データ)の強化

－ 都道府県によるビッグデータへのアクセス確保・分析機能強化－

- 「保健医療データプラットフォーム」を都道府県が分析。保険者・個人等の行動変容を促す。



国保の保険者努力支援制度の評価指標について

【28年度前倒し分の評価指標について】

保険者共通の指標

指標① 特定健診・特定保健指導の実施率、メタボリックシンドローム該当者及び予備群の減少率

- 特定健診受診率・特定保健指導受診率
- メタボリックシンドローム該当者及び予備群の減少率

指標② 特定健診・特定保健指導に加えて他の健診の実施や健診結果等に基づく受診勧奨等の取組の実施状況

- がん検診受診率
- 歯科疾患（病）検診実施状況

指標③ 糖尿病等の重症化予防の取組の実施状況

- 重症化予防の取組の実施状況

指標④ 広く加入者に対して行う予防・健康づくりの取組の実施状況

- 個人へのインセンティブの提供の実施
- 個人への分かりやすい情報提供の実施

指標⑤ 加入者の適正受診・適正服薬を促す取組の実施状況

- 重複服薬者に対する取組

指標⑥ 後発医薬品の使用促進に関する取組の実施状況

- 後発医薬品の促進の取組
- 後発医薬品の使用割合

国保固有の指標

指標① 収納率向上に関する取組の実施状況

- 保険料（税）収納率
- ※過年度分を含む

指標② 医療費の分析等に関する取組の実施状況

- データヘルス計画の策定状況

指標③ 給付の適正化に関する取組の実施状況

- 医療費通知の取組の実施状況

指標④ 地域包括ケアの推進に関する取組の実施状況

- 国保の視点からの地域包括ケア推進の取組

指標⑤ 第三者求償の取組の実施状況

- 第三者求償の取組状況

【30年度以降の評価指標の考え方について】

- 都道府県のインセンティブ改革として、
 - ・ 医療費適正化等に関する施策の「取組状況に関する評価」中心の現在の指標に加え、
 - ・ 都道府県の医療費水準等の「アウトカム指標」も導入する。

⇒ 具体的な評価の在り方については、引き続き、国保基盤強化協議会において地方団体との議論を進めることとしてはどうか。

国民健康保険の見直しについて（議論のとりまとめ）（抄）
（平成27年2月12日国保基盤強化協議会）

1. 公費拡充等による財政基盤の強化
- ② 医療費の適正化に向けた取組み等、保険者としての努力を行う自治体に対し、適正かつ客観的な指標（例えば、後発医薬品使用割合、前期高齢者一人当たり医療費、保険料収納率等を検討）に基づく財政支援を創設（「保険者努力支援制度」の創設。700億円～800億円規模）

參考資料

保険者協議会について

- 高齢者医療確保法では、保険者と後期高齢者広域連合が都道府県ごとに共同で「保険者協議会」を組織し、①特定健診・保健指導の実施等に関する保険者間の連絡調整、②保険者に対する必要な助言又は援助、③医療費などに関する情報の調査及び分析の業務を行うことが規定されている。
- 第3期計画からは、①都道府県が医療費適正化計画の策定に当たって、保険者協議会に事前に協議する、②計画策定後、都道府県が計画に盛り込んだ取組を実施するに当たり、保険者等に必要な協力を求める場合に、保険者協議会を通じて協力を求めることができる仕組みとなった。また、都道府県が保険者として保険者協議会に参画することとなった（平成27年国保法等改正）。

◎高齢者の医療の確保に関する法律

（都道府県医療費適正化計画）

第9条 ※平成27年改正後

- 7 都道府県は、都道府県医療費適正化計画を定め、又はこれを変更しようとするときは、あらかじめ、関係市町村（第157条の2第1項の保険者協議会（以下この項及び第10項において「保険者協議会」という。）が組織されている都道府県にあつては、関係市町村及び保険者協議会）に協議しなければならない。
- 9 都道府県は、都道府県医療費適正化計画の作成及び都道府県医療費適正化計画に基づく施策の実施に関して必要があると認めるときは、保険者、後期高齢者医療広域連合、医療機関その他の関係者に対して必要な協力を求めることができる。
- 10 保険者協議会が組織されている都道府県が、前項の規定により当該保険者協議会を組織する保険者又は後期高齢者医療広域連合に対して必要な協力を求める場合においては、当該保険者協議会を通じて協力を求めることができる。

（保険者協議会）

第157条の2 保険者及び後期高齢者医療広域連合は、共同して、加入者の高齢期における健康の保持のために必要な事業の推進並びに高齢者医療制度の円滑な運営及び当該運営への協力のため、都道府県ごとに、保険者協議会を組織するよう努めなければならない。

2 前項の保険者協議会は、次に掲げる業務を行う。

- 一 特定健康診査等の実施、高齢者医療制度の運営その他の事項に関する保険者その他の関係者間の連絡調整
- 二 保険者に対する必要な助言又は援助
- 三 医療に要する費用その他の厚生労働省令で定める事項に関する情報についての調査及び分析

◎高齢者の医療の確保に関する法律 ※平成27年改正（平成30年4月1日施行）

改正後

第7条第2項 この法律において「保険者」とは、医療保険各法の規定により医療に関する給付を行う全国健康保険協会、健康保険組合、都道府県及び市町村（特別区を含む。以下同じ。）、国民健康保険組合、共済組合又は日本私立学校振興・共済事業団をいう。

改正前

第7条第2項 この法律において「保険者」とは、医療保険各法の規定により医療に関する給付を行う全国健康保険協会、健康保険組合、市町村（特別区を含む。以下同じ。）、国民健康保険組合、共済組合又は日本私立学校振興・共済事業団をいう。

各都道府県の保険者協議会の現在の構成

保険者協議会は、市町村国保、国保組合、健保組合、共済組合、協会けんぽ、後期高齢者医療広域連合を構成員とし、全保険者協議会の事務局を都道府県国保連合会が担っている。都道府県担当部署は、47のうち33が正式な構成員、14がオブザーバー参加している（平成29年4月現在）。必要に応じて、医師会、歯科医師会、薬剤師会、看護協会、栄養士会、学識経験者等も参画している。

保険者協議会の基本情報(平成29年4月1日時点)

※「保険者数」は、参加している構成員数

○:構成員として参加 △:オブザーバーとして参加

都道府県	保険者協議会会長の所属団体				構成員 (種別ごとの保険者数)																
	国民健康保険 団体連合会	全国健康保険 協会	市町村	その他	国民健康保険 団体連合会	全国健康保険 協会	市町村国保 保険者数	国民健康保険 組合 保険者数	健康保険組合 保険者数	後期高齢者医療 広域連合	健康保険組合 連合会	都道府県担当 部署	共済組合 保険者数	医師会	歯科医師 会	薬剤師 会	看護協 会	栄養士 会	学識経 験者	その他	
北海道	○				○	○	○ 2	○ 1	○ 2	○	○	△	○ 2	△	△	△	△	△		厚生局	
青森			○			○	○ 4		○ 3	○		△	○ 4	○	○	○	○				
岩手			○		○	○	○ 3		○ 1	○	○	△	○ 4	△	△	△			△		
宮城			○		○	○	○ 2	○ 1	○ 2	○	○	○	○ 2	△	△	△	△	△	△		
秋田	○				○	○	○ 3	○ 1	○ 3	○	○	○	○ 4	△	△	△	△	△			
山形			○		○	○	○ 1	○ 1	○ 2	○	○	○	○ 4	△	△	△	△	△	△		
福島	○				○	○	○ 2	○ 3	○ 3	○	○	○	○ 4								
茨城	○				○	○	○ 4	○ 1	○ 2	○	○	○	○ 1	△	△	△	△	△	△		
栃木	○				○	○	○ 2		○ 1	○	○	○	○ 2	○	△	△	△	△	△		
群馬	○				○	○	○ 35	○ 2	○ 12	○	○	○	○ 4	△	△	△			△		
埼玉	○				○	○	○ 4	○ 1	○ 3	○	○	○	○ 1	△	△	△	△	△	△		
千葉	○				○	○	○ 4	○ 1	○ 4	○	○	○	○ 4	△	△	△	△	△			
東京	○				○	○	○ 4	○ 2	○ 4	○	○	○	○ 2	○	○	○					
神奈川	○				○	○	○ 2	○ 1	○ 3	○	○	○	○ 2	○	○	○	○	○			
新潟			○		○	○	○ 3	○ 1	○ 3	○	○	△	○ 2	△	△	△			△		
富山	○				○	○	○ 15	○ 2	○ 17	○	○	△	○ 4	△	△	△			△		
石川	○				○	○	○ 4	○ 1	○ 3	○		○	○ 1	△	△	△	△	△	△		
福井	○				○	○	○ 4	○ 1	○ 2	○	○	○	○ 1	△	△	△	△	△	△		
山梨	○				○	○	○ 2		○	○	○	○		△	△	△			△		
長野			○		○	○	○ 5	○ 2	○ 2	○	○	○	○ 2	△	△	△	△	△	△		
岐阜			○		○	○	○ 5	○ 1	○ 2	○	○	△	○ 4	○	○	○	○	○	○		
静岡	○				○	○	○ 3		○ 3	○		△	○ 1	△	△	△	△	△		保健師会	

保険者協議会の基本情報(平成29年4月1日時点)

○:構成員として参加 △:オブザーバーとして参加

都道府県	保険者協議会会長の所属団体					構成員 (種別ごとの保険者数)																			
	国民健康保険 団体連 合会	全国健康 保険 協会	市町村	その他		国民健康 保険 団体連 合会	全国健康 保険 協会	市町村国保	国民健康保 険組合		健康保険組 合		後期高 齢者医 療広域 連合	健康保 険組 合連 合会	都道府 県担 当 部署	共済組合	医師会	歯科医 師会	薬剤師 会	看護協 会	栄養士 会	学識経 験者	その他		
									保険 者数	保険 者数	保険 者数	保険 者数													
愛知	○					○	○	○	3	○	1	○	4	○	○	△	○	2	△	△	△	△	△		
三重			○			○	○	○	4	○	1	○	1	○	○	○	○	1	○	○	○	○	○		
滋賀				○	滋賀県後期高齢者医療広域連合	○	○	○	2	○	1	○	2	○	○	○	○	1	△	△	△				
京都		○				○	○	○	2	○	1	○	2	○	○	○	○	3	△	△	△	△	△		
大阪				○	7月の会議で決定予定(平成28年度は国民健康保険団体連合会)	○	○	○	3	○	1	○	4	○	○	○	○	1	△	△	△	△	△	△	
兵庫				○	保険者協議会会長の所属団体調整中	○	○	○	1	○	1	○	1	○	○	△	○	1	△	△	△	△	△		
奈良	○					○	○	○	3	○	2	○	2	○	○	○	○	4	△	△	△	△	△	△	
和歌山			○				○	○	4			○	3	○	○	△	○	4	△	△	△			病院協会	
鳥取	○					○	○	○	19	○	1	○	2	○	○	△	○	4							
島根	○					○	○	○	1			○	1	○	○	○	○	2	△	△	△	△	△	△	
岡山	○					○	○	○	3	○	1	○	2	○	○	△	○	4	△	△	△	△	△	△	
広島	○					○	○	○	2	○	1	○	2	○	○	○	○	2	△	△	△		△	支払基金 国診協	
山口	○					○	○	○	2	○	1	○	2	○	○	△	○	4	○	△	△		△		
徳島	○					○	○	○	24	○	2	○	3	○	○	△	○	4	△	△	△	△	△		顧問
香川	○					○	○	○	3			○	3	○	○	○	○	4	△	△	△	△	△	△	国診協
愛媛	○					○	○	○	1	○	1			○	○	○	○	1							
高知			○			○	○	○	1	○	1	○	1	○	○	○	○	1	△	△	△	△	△	△	
福岡	○					○	○	○	4	○	1	○	2	○	○	○	○	1	○	○	○		○		
佐賀			○			○	○	○	4	○	1			○	○	○	○	1	○	○	○				
長崎			○			○	○	○	21	○	4	○	3	○	○	○	○	4	○						
熊本	○					○	○	○	3	○	1	○	3	○	○	○	○	4	△	△	△	△	△	△	
大分		○				○	○	○	2	○	1			○	○	○	○	1	△	△	△	△	△		
宮崎	○					○	○	○	5	○	2	○	3	○	△	○	○	3							
鹿児島		○				○	○	○	2	○	2	○	2	○		○	○	1	○						
沖縄	○					○	○	○	41	○	1	○	5	○	○	○	○	4	○	△	△	△	△	△	
計	29	3	12	3	—	45	47	47	273	39	52	44	130	47	42	33	47	117	12	7	7	4	4	1	0

※「計」は、「○」のみを集計したもの

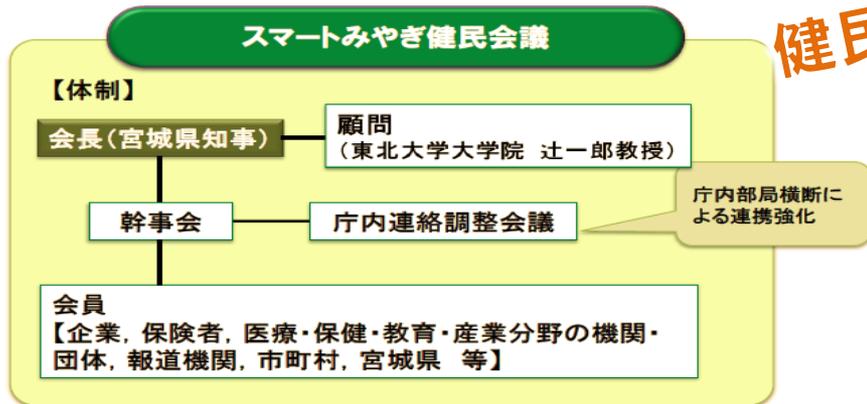
※「保険者数」は、「本会」の構成員数

宮城県健康づくりの推進



スマートみやぎ健民会議を設立！

県民の健康と幸せの実現を目指して、企業、保険者、市町村等関係団体が連携し健康づくりを推進するため設立



健民運動発進！



重点的に取り組む3分野

- 栄養・食生活
- 身体活動・運動
- たばこ

全ライフステージへの切れ目のない健康応援体制の構築



スマートみやぎ健民会議の活動

- ◇会員同士の情報交換、企業等先進的取組を表彰
- ◇報道機関との連携による情報発信
- ◇企業向けセミナー等による健康経営の普及
- ◇市町村との連携による健康づくりの推進



高齢者の医療の確保に関する法律第14条について

- 高齢者の医療の確保に関する法律では、厚生労働大臣は、全国及び都道府県医療費適正化計画の実績に関する評価の結果、計画における医療の効率的な提供の推進の目標を達成し、医療費適正化を推進するために必要があると認めるときは、一の都道府県の区域内における診療報酬について、地域の実情を踏まえつつ、適切な医療を各都道府県間において公平に提供する観点から見て合理的であると認められる範囲内において、他の都道府県の区域内における診療報酬と異なる定めをすることができることとされている（同法第14条）。
- 第2期の全国及び都道府県医療費適正化計画については、同法に基づき、平成30年度に実績の評価を行うため、同法第14条の規定の適用に関する考え方について、第2期の都道府県医療費適正化計画の進捗状況や同法の規定を踏まえ、平成29年度中に関係審議会等において検討を行う。

◎高齢者の医療の確保に関する法律(昭和57年法律第80号)

(医療費適正化基本方針及び全国医療費適正化計画)

第8条第4項 全国医療費適正化計画においては、次に掲げる事項を定めるものとする。

第2号 医療の効率的な提供の推進に関し、国が達成すべき目標に関する事項

(都道府県医療費適正化計画)

第9条第3項 都道府県医療費適正化計画においては、前項に規定する事項のほか、おおむね都道府県における次に掲げる事項について定めるものとする。

第2号 医療の効率的な提供の推進に関し、当該都道府県において達成すべき目標に関する事項

(計画の実績に関する評価)

第12条第3項 厚生労働大臣は、厚生労働省令で定めるところにより、全国医療費適正化計画の期間の終了の日の属する年度の翌年度において、当該計画の目標の達成状況及び施策の実施状況の調査及び分析を行い、当該計画の実績に関する評価を行うとともに、前項の報告を踏まえ、関係都道府県の意見を聴いて、各都道府県における都道府県医療費適正化計画の実績に関する評価を行うものとする。

(診療報酬に係る意見の提出等)

第13条 都道府県は、前条第1項の評価の結果、第9条第3項第2号の目標の達成のために必要があると認めるときは、厚生労働大臣に対し、健康保険法第76条第2項の規定による定め及び同法第88条第4項の規定による定め並びに第71条第1項に規定する療養の給付に要する費用の額の算定に関する基準及び第78条第4項に規定する厚生労働大臣が定める基準(次項及び次条第1項において「診療報酬」という。)に関する意見を提出することができる。

2 厚生労働大臣は、前項の規定により都道府県から意見が提出されたときは、当該意見に配慮して、診療報酬を定めるように努めなければならない。

(診療報酬の特例)

第14条 厚生労働大臣は、第12条第3項の評価の結果、第8条第4項第2号及び各都道府県における第9条第3項第2号の目標を達成し、医療費適正化を推進するために必要があると認めるときは、一の都道府県の区域内における診療報酬について、地域の実情を踏まえつつ、適切な医療を各都道府県間において公平に提供する観点から見て合理的であると認められる範囲内において、他の都道府県の区域内における診療報酬と異なる定めをすることができる。

2 厚生労働大臣は、前項の定めをするに当たっては、あらかじめ、関係都道府県知事に協議するものとする。

(参考)経済・財政再生計画 改革工程表 2016改定版

(平成28年12月21日 経済財政諮問会議決定)

	集中改革期間				2019年度	2020年度～	KPI (第一階層)	KPI (第二階層)	
	～2016年度 《主担当府省庁等》	2017年度		2018年度					
医療・介護提供体制の適正化	<p>《厚生労働省》</p> <p>通常国会</p> <p>概算要求 税制改正要望等</p> <p>年末</p> <p>通常国会</p>								
	<p>＜⑩都道府県の行う病床再編や地域差是正の努力を支援するための取組＞</p> <p>＜(i)改革に取り組む都道府県を重点的に支援する観点からの地域医療介護総合確保基金の平成27年度からのメリハリある配分＞</p>								
	<p>病床の機能分化・連携に係る事業への重点的な配分</p>	<p>2015年度における病床の機能分化・連携に係る事業への重点的な配分の取組を、2016年度以降も継続</p>							
	<p>＜(ii)医療費適正化計画の進捗状況等を踏まえた高確法第14条の診療報酬の特例の活用の在り方の検討＞</p>								
		<p>高齢者医療確保法第14条の診療報酬の特例の活用方策について、関係審議会等において検討し、結論。検討の結果に基づいて必要な措置を講ずる</p>							
<p>＜(iii)機能に応じた病床の点数・算定要件上の適切な評価、収益状況を踏まえた適切な評価など 平成28年度診療報酬改定及び平成30年度診療報酬・介護報酬同時改定における対応＞</p>									
	<p>7対1入院基本料算定要件の見直しを含む機能に応じた病床の点数・算定要件上の適切な評価について、平成28年度診療報酬で対応</p>	<p>平成30年度診療報酬・介護報酬同時改定において適切に対応</p>							
<p>＜(iv)都道府県の体制・権限の整備の検討 等＞</p>									
	<p>都道府県の体制・権限の在り方について、2014年の法律改正で新たに設けた権限の行使状況等を勘案した上で、関係審議会等において検討し、結論。検討の結果に基づいて2020年央までに必要な措置を講ずる</p>								

病床の機能分化を踏まえた入院基本料等の算定状況等(7対1入院基本料を算定する病床数【縮小】、患者数【縮小】)

(参考) 高齢者の医療の確保に関する法律第14条に関するこれまでの主な意見等

【平成18年1月13日 医療制度改革に関する意見（全国知事会）（抄）】

3 医療費適正化計画について

都道府県は、住民の健康づくり、地域における住民の視点に立った医療提供体制の整備に努めており、それらが長期的にみて医療費の適正化に資することはあるが、そもそも医療費適正化については、医療費に多大な影響を与える診療報酬制度等に権限を有する国が主導的な役割を果たすべきである。医療費適正化計画の名の下に、国の責任を都道府県に転嫁することは、絶対にあってはならない。

また、都道府県別の診療報酬の特例については、その妥当性、医療費適正化への実効性に疑問がある。

【社会保障審議会医療保険部会における主な議論（平成25年5月29日）（抄）】

（地域ごとの診療報酬）

- 診療報酬については、一物一価、全国统一にしないと国民の納得は得られない。
- 地域ごとの診療報酬については、ドイツでも全国统一に苦労した状況があるので、全国统一で単価を決めた上で、地域の特性は要件の緩和とか加算等で対応するのがよい。

【平成17年～平成19年 医療保険部会での意見】

- 都道府県が十分準備ができていない、あるいは都道府県ができないものをつくること自体が間違い。都道府県には、厚生労働省の管轄である専門の方は極めて少ない。
- 都道府県で診療報酬の特例を検討するというのは、能力の問題というよりも、スキームとして非常に問題があるのではないか。機能しないのではないか。
- 住民の健康を守ることが都道府県の目的であって、医療費適正化が都道府県の一義的な目的ではない。医療費が適正化されるのは結果である。都道府県ごとの診療報酬の特例についても疑念を抱かざるを得ない。
- 格差を生じさせる地域ごとの特例診療報酬の設定は避けるべき。

【平成25年～平成27年 医療保険部会での意見】

- 診療報酬設定の一部権限移譲については反対。診療報酬については、一物一価、全国统一という形にしないと国民の納得は得られない。
- 都道府県別の診療報酬をさらに拡大していこうという方向については、疑問であり、慎重にやるべき。
- 全国一律ということのメリットは非常に大きいので、これを都道府県別にすると現場が混乱する。
- 地域ごとの診療報酬のあり方について検討と書かれているが、まだ実行された実績がないし、これについて十分慎重な論議をするべきであって、拙速な結論を出すべきではない。

第二期医療費適正化計画の進捗状況（平成28年度）

- 高齢者の医療の確保に関する法律（昭和57年法律第80号）第11条の規定（平成27年5月29日施行の改正規定）により、厚生労働省は平成27年度より毎年度、全国医療費適正化計画の進捗状況の公表を行うこととされている。
- 第二期医療費適正化計画では、特定健康診査の実施率、特定保健指導の実施率、メタボリックシンドロームの該当者及び予備群の減少率、平均在院日数に関する数値目標と、医療費の見通しについて定めており、これらの直近の進捗状況を報告する。

	平成20年度	平成21年度	平成22年度	平成23年度	平成24年度	平成25年度	平成26年度	平成27年度	平成29年度 （目標値）
特定健康診査の実施率	38.9%	41.3%	43.2%	44.7%	46.2%	47.6%	48.6%	-	70%
特定保健指導の実施率	7.7%	12.3%	13.1%	15.0%	16.4%	17.7%	17.8%	-	45%
メタボリックシンドロームの 該当者及び予備群の減少率	-	-	-	2.12%	3.09%	3.47%	3.18%	-	25%
医療機能の強化・連携等を通 じた平均在院日数の短縮 （※1）	31.6日	31.3日	30.7日	30.4日	29.7日	29.2日	28.6日	27.9日	28.6日
実績医療費（※2）	34兆8,084 億円	36兆67 億円	37兆4,202 億円	38兆5,850 億円	39兆2,117 億円	40兆610 億円	40兆8,071 億円	-	- （※3）

（※1）平均在院日数の出典は「病院報告」（厚生労働省政策統括官付参事官付保健統計室）であるが、年度単位ではなく年単位の統計のため、表中「平成○年度」を「平成○年」と読み替える。

（※2）実績医療費は「国民医療費」（厚生労働省政策統括官付参事官付保健統計室）を用いている。

（※3）計画期間における医療費の見通しを示している46都道府県の医療費の見通しを機械的に足し上げると、特定健診等の推進や平均在院日数の短縮等がなされた場合の医療費は約45.6兆円となっている。

都道府県医療費適正化計画の進捗状況①

速報版

	住民の健康の保持の推進						医療の効率的な提供の推進		
	特定健康診査の実施率 (%)		特定保健指導の実施率 (%)		メタボリックシンドローム該当者及び予備群の減少率 (%)		平均在院日数 (日)		
	平成26年度	目標	平成26年度	目標	平成26年度	目標	平成26年	平成27年	目標
北海道	37.4	69.0	12.9	45.0	1.85	25.0	32.5	31.4	33.0
青森県	44.1	68.0	22.8	45.0	-1.08	25.0	30.1	30.2	31.5
岩手県	50.0	70.0	15.9	45.0	9.44		31.1	30.5	30.0
宮城県	56.6	70.0	17.1	45.0	6.75	25.0	26.2	25.6	26.4
秋田県	44.0	70.0	23.0	45.0	2.9	25.0	31.3	30.7	31.1
山形県	57.7	70.0	24.9	45.0	10.9	25.0	28.0	27.3	28.6
福島県	48.6	70.0	20.9	45.0	-1.88	25.0	30.1	29.2	30.4
茨城県	48.2	70.0	18.0	45.0	7.6	25.0	28.0	27.5	29.5
栃木県	46.5	70.0	19.2	45.0	2.6	25.0	30.3	29.3	29.2
群馬県	48.3	70.0	13.7	35.0	1.39	25.0	27.8	27.5	28.7
埼玉県	49.5	70.0	14.1	45.0	4.2	25.0	29.2	28.4	30.8
千葉県	51.6	70.0	15.5	45.0	0.37	25.0	26.1	25.6	27.8
東京都	62.1		15.5		4.18		22.1	21.6	
神奈川県	48.6	70.0	12.3	45.0	1.5	25.0	22.2	21.9	23.7
新潟県	52.8	70.0	18.2	45.0	4.56	25.0	30.0	29.6	
富山県	54.5	70.0	21.2	45.0	-3.81	25.0	30.6	30.0	30.4
石川県	53.0	70.0	24.6	45.0	5.03	25.0	33.9	31.0	31.4
福井県	49.1	70.0	22.1	45.0	-1.5	25.0	28.8	28.3	28.1
山梨県	52.8	70.0	23.5	45.0	1.8	25.0	30.0	29.0	28.4
長野県	52.5	70.0	27.6	45.0	6.25	25.0	23.4	23.0	(H23より減少)
岐阜県	47.6	70.0	24.6	45.0	8.23	25.0	24.7	24.3	25.4
静岡県	51.2	70.0	18.2	45.0	6.6	25.0	27.1	26.7	27.9
愛知県	50.4	70.0	19.1	45.0	4.0	25.0	24.2	23.6	24.6
三重県	52.4	70.0	19.1	45.0	2.75	25.0	28.9	28.4	

※ 都道府県の報告内容をまとめたもの。数字の記載のないものは、都道府県において公表がされていないため。

都道府県医療費適正化計画の進捗状況②

速報版

	住民の健康の保持の推進						医療の効率的な提供の推進		
	特定健康診査の実施率 (%)		特定保健指導の実施率 (%)		メタボリックシンドローム該当者及び予備群の減少率 (%)		平均在院日数 (日)		
	平成26年度	目標	平成26年度	目標	平成26年度	目標	平成26年	平成27年	目標
滋賀県	49.7	70.0	20.9	45.0	0.28	25.0	25.9	25.2	26.7
京都府	44.5	70.0	15.3	45.0	-1.8	25.0	30.2	29.2	
大阪府	41.5	70.0	11.1	45.0	5.0	25.0	27.2	26.3	28.5
兵庫県	45.4	70.0	15.2	45.0	5.67	25.0	26.7	26.2	25.0
奈良県	41.2	65.0	14.2	45.0	0.95	25.0	26.2	25.5	引き続き減少
和歌山県	39.9	70.0	20.9	45.0	0.5	25.0	29.6	28.9	30.2
鳥取県	44.6	70.0	25.9	45.0	-0.63		29.9	29.6	
島根県	50.6	70.0	20.1	45.0	-1.8	(25.0)	30.2	29.0	
岡山県	43.4	70.0	19.5	45.0	2.5	25.0	28.1	27.0	27.4
広島県	42.9	65.0	21.6	45.0	-5.6	25.0	32.8	31.9	
山口県	40.8	70.0	19.0	45.0	-1.41	25.0	39.9	39.4	40.9
徳島県	44.7	70.0	31.8	45.0	4.68	13.0	38.0	36.7	36.5
香川県	47.3	80.0	27.7	60.0	-2.8	25.0	28.2	27.0	29.6
愛媛県	41.4	70.0	20.9	45.0	4.73	25.0	31.8	30.9	
高知県	44.7	65.0	15.8	45.0	1.8	25.0	42.9	41.8	43.1
福岡県	44.1	70.0	19.6	45.0	-1.44	25.0	34.6	33.9	35.1
佐賀県	45.3	70.0	29.0	45.0	0.12	25.0	41.6	40.5	39.5
長崎県	42.7	70.0	27.1	45.0	3.92	25.0	37.5	36.5	
熊本県	45.9	70.0	26.8	45.0	1.56	25.0	39.5	38.7	36.3
大分県	50.6	70.0	27.7	45.0	5.98	10.0	33.0	32.2	31.6
宮崎県	42.4	70.0	25.3	45.0	-3.82		37.1	36.4	33.5
鹿児島県	47.9	65.0	24.7	45.0	1.37	25.0	43.3	42.1	41.5
沖縄県	47.0	70.0	30.5	45.0	0.60	25.0	30.4	29.9	28.5

※ 都道府県の報告内容をまとめたもの。数字の記載のないものは、都道府県において公表がされていないため。

「働き方改革実行計画」について

平成29年4月26日
厚生労働省保険局

働き方改革実現会議・働き方改革実行計画の概要

働き方改革実現会議の概要

- 一億総活躍社会をひらく最大のチャレンジである「働き方改革」について、その実行計画の策定等に係る審議を実施。
- 議長 : 安倍晋三 内閣総理大臣
議長代理 : 加藤勝信 働き方改革担当大臣、塩崎恭久 厚生労働大臣
構成員 : 麻生太郎副総理兼財務大臣、菅義偉官房長官、石原伸晃経済再生担当大臣兼内閣府特命担当大臣
(経済財政政策)、松野博文文部科学大臣、世耕弘成経済産業大臣、石井啓一国土交通大臣
他有識者15名
- 第1回を平成28年9月27日に開催し、第10回目の平成29年3月28日に働き方改革実行計画を決定。

働き方改革実行計画構成

- 働く人の視点に立った働き方改革の意義
- 同一労働同一賃金など非正規雇用の処遇改善
- 賃金引上げと労働生産性向上
- 罰則付き時間外労働の上限規制の導入など長時間労働の是正
- 柔軟な働き方がしやすい環境整備
- 女性・若者の人材育成など活躍しやすい環境整備
- 病気の治療と仕事の両立
- 子育て・介護等と仕事の両立、障害者の就労
- 雇用吸収力、付加価値の高い産業への転職・再就職支援
- 誰にでもチャンスのある教育環境の整備
- 高齢者の就業促進
- 外国人材の受入れ
- 10年先の未来を見据えたロードマップ

働き方改革実行計画(平成29年3月28日働き方改革実現会議決定) (医療保険関係 抜粋)

5. 柔軟な働き方がしやすい環境の整備

(3) 副業・兼業の推進に向けたガイドラインや改訂版モデル就業規則の策定

(前略)

さらに、複数の事業所で働く方の保護等の観点や副業・兼業を普及促進させる観点から、雇用保険及び社会保険の公平な制度の在り方、労働時間管理及び健康管理の在り方、労災保険給付の在り方について、検討を進める。

6. 女性・若者の人材育成など活躍しやすい環境整備

(2) 多様な女性活躍の推進

(前略)

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

(後略)

7. 病気の治療と仕事の両立

(1) 会社の意識改革と受入れ体制の整備

(前略)

さらに、治療と仕事の両立等の観点から傷病手当金の支給要件等について検討し、必要な措置を講ずる。

(後略)

項目 1. 非正規雇用の処遇改善

② 非正規雇用労働者の正社員化などキャリアアップの推進

【働く人の視点に立った課題】

正規雇用は2015年に8年ぶりに増加に転じた。

- ・2015年、2016年の2年間で77万人増加
- ・非正規雇用労働者数（括弧内は役員を除く雇用者全体に対する割合）：
1984年604万人（15.3%）→2006年1,678万人（33.0%）
→2016年2,016万人（37.5%）
- ・不本意非正規雇用労働者数（2016年平均）：296万人
（非正規雇用労働者全体の15.6%）

2018年4月から労働契約法による無期転換ルールが本格的に始まるが、制度趣旨が各企業に浸透していない。

- ・4割の企業が無期転換ルールの内容を知らないと回答
- ・ルールを知っている企業でも、2割以上の企業が「対応方針未定」、6%が「通算5年を超えないよう運用」と回答

仕事ぶりや能力の評価に納得して、意欲を持って働きたい。

- ・パートから有期契約を経て正社員として働く女性の声
「頑張ったら頑張った分だけお給料にも跳ね返ってきます。頑張ってみようかなと思いました。」（働き方改革に関する総理と現場との意見交換会 2016年12月6日）

【今後の対応の方向性】

アベノミクスの効果により、正規雇用労働者が8年ぶりに増加に転じ、不本意非正規雇用労働者の割合も前年に比べて低下するなど、非正規雇用を取り巻く雇用環境に改善が見られる。これを確実に正規雇用労働者と非正規雇用労働者の間の不合理な待遇差の解消や不本意非正規雇用労働者の正社員化につなげ、非正規雇用労働者の処遇改善を図る。

【具体的な施策】

（同一労働同一賃金の実現など非正規雇用労働者の待遇改善に向けた企業への支援）

- ・待遇改善のインセンティブ付与として、キャリアアップ助成金を活用し、諸手当制度の正規・非正規共通化に取り組む事業主に対する助成を創設するなど、非正規雇用労働者の正社員化、賃金引上げ、待遇制度の正規・非正規共通化に対する助成を行う。

（労働契約法に基づく無期転換ルールの円滑な適用）

- ・労働契約法に基づく有期雇用契約の無期転換が2018年度から本格的に行われることを踏まえて、周知徹底（シンポジウムやセミナーの開催）、導入支援（モデル就業規則の作成等）、相談支援（労士等によるコンサルティング）を実施する。

（被用者保険の適用拡大）

- ・働きたい人が働きやすい環境を整備するとともに、短時間労働者の処遇を改善するため、短時間労働者への被用者保険の適用拡大の円滑な実施を図るとともに、2019年9月までに更なる適用拡大について必要な検討を行い、その結果に基づいて必要な措置を講ずる。

年度 施策	2017 年度	2018 年度	2019 年度	2020 年度	2021 年度	2022 年度	2023 年度	2024 年度	2025 年度	2026 年度	2027 年度以降	指標		
非正規雇用の待遇改善に向けた企業支援	事業主へ助成の実施			非正規雇用労働者の処遇改善施策について、法制度の施行状況を勘案しつつ、必要に応じ見直しを行う									不本意非正規雇用労働者の割合： 2016年 15.6% →2020年 10%以下を目指す。	
無期転換ルールの円滑な適用	周知徹底、導入支援、相談支援	無期転換ルールの本格実施			無期転換ルールについて、検討規定に基づき、施行状況を勘案しつつ、必要に応じて見直しを検討する									約4割の企業が未だ無期転換ルールの内容を知らない状況→改正内容を知っている企業100%を目指す。
被用者保険の適用拡大	更なる適用拡大の検討			検討結果に基づいて、必要な措置を講じる									働きたい人が働きやすい環境を整備する。	

項目4. 柔軟な働き方がしやすい環境整備

⑨ 副業・兼業の推進に向けたガイドライン策定やモデル就業規則改定などの環境整備

【働く人の視点に立った課題】

副業・兼業を希望している人は多いが、希望どおり副業・兼業を行うことができない。

- ・ 副業を希望する就業者数：368万人
- ・ 副業を持っている者の数：234万人
- ・ 副業を認めていない企業：85.3%

労働時間の把握が難しく、また健康管理を行うべき方法が不明確。

海外では副業・兼業を通じた起業が多く、副業・兼業は起業の手段としても有効。

< 起業と起業意識に関する調査 (2016年) >

- ・ 勤務しながら起業：27.5%
- ・ 起業に関心を持つ勤務者のうち、副業起業を希望：59.7%
- ・ 事業は軌道に乗っている：
 - 【初めから専業起業】34%
 - 【副業起業から専業に移行】47.4%

【今後の対応の方向性】

諸外国では副業・兼業を通じた起業が開業率の向上にも寄与しており、新たな技術の開発、オープンイノベーション、起業の手段や第2の人生の準備としても有効である。このためガイドラインの策定やモデル就業規則の改定など副業・兼業の普及を図るとともに、副業・兼業を通じた創業・新事業の創出に関する好事例の横展開を図る。その際、長時間労働を招かないよう、労働時間管理の在り方等についても整理する。

【具体的な施策】

(ガイドラインの策定)

- ・ 副業・兼業を普及促進させる観点から、副業・兼業のメリットを示すと同時に、就業規則等において合理的な理由なく副業・兼業を制限できないことを明確化しつつ、長時間労働を招かないよう、労働者が自ら確認するためのツールの雛形や、企業が副業・兼業者の労働時間や健康をどのように管理すべきかを盛り込んだガイドラインを2017年度に策定する。

(モデル就業規則の改定)

- ・ 本業への労務提供や事業運営、会社の信用・評価に支障が生じる場合等以外は、副業・兼業を認める方向で、モデル就業規則を2017年度に改定し、就業規則等において合理的な理由なく副業・兼業を制限できないことを周知する。

(複数の事業所で働く方の保護や副業・兼業の普及促進に関する制度検討)

- ・ 雇用保険及び社会保険の公平な制度の在り方や、労働時間管理及び健康管理の在り方について、複数の事業所で働く方の保護等の観点や副業・兼業を普及促進させる観点から、検討を進める。
※複数事業所で合わせて労働時間が週20時間以上になっても、その労働者は雇用保険や社会保険の被保険者とならないのが現状。

- ・ 複数就業者への労災保険給付の在り方について、検討に着手する。
※複数就業者への労災保険給付額は、事故が発生した就業先の賃金のみに基づき算定しており、全ての就業先の賃金を合算した額を基に補償することはできないのが現状。

(副業・兼業を通じた創業・新事業の創出、人材確保)

- ・ 副業・兼業を通じた創業・新事業の創出や副業・兼業者の受入れなどによる中小企業の人手不足対応について、多様な先進事例の周知啓発や、相談体制の充実を図る。また、地域ブロック毎にモデルとなる企業を選定・支援し、地域における副業・兼業のモデル事例を創出する。

施策	年度	2017年度	2018年度	2019年度	2020年度	2021年度	2022年度	2023年度	2024年度	2025年度	2026年度	2027年度以降	指標
副業・兼業の普及促進、問題点の解消	検討会設置とりまとめ、ガイドラインの策定、モデル就業規則の改定		ガイドラインの普及に向けた周知				普及状況を踏まえ見直し						
			モデル就業規則の普及に向けた周知										
副業・兼業を通じた創業・新事業の創出	先進事例及びメリットの発信・周知						必要に応じ更なる対応を検討し、実施						希望者は原則として副業・兼業を行うことができる社会にする。
	創業等の担い手、事業者の表彰 地方におけるモデル事例の創出						必要に応じ更なる対応を検討し、実施						
中小企業・小規模事業者の人手不足対応	副業・兼業者の受入れを含む中小企業の人手不足対応 ガイドラインの策定・発信・周知						必要に応じ更なる対応を検討し、実施						
	相談体制の充実						必要に応じ更なる対応を検討し、実施						

項目5. 病気の治療、子育て・介護等と仕事の両立、障害者就労の推進

⑩ 治療と仕事の両立に向けたトライアングル型支援などの推進

【働く人の視点に立った課題】

労働人口の約3人に1人が何らかの疾病を抱えながら働いており、治療のために離職する人が存在している。

- ・罹患しながら働く人数 2,007万人（2013年度）
- ・治療のため離職した人の割合（がん）約34%（うち依願退職30%、解雇4%）（2013年）

治療と仕事の両立に向けては、主治医や会社と連携したコーディネーターによる支援が重要。

- ・病気を抱える労働者の就業希望：92.5%（2013年度）
- ・がん罹患後に離職した主な理由：
 - ①仕事を続ける自信の喪失、②職場に迷惑をかけることへの抵抗感（2013年）

患者にとって身近な相談先が不足している。

- ・例えば、がん診療連携拠点病院で、就労専門家の配置やハローワークとの連携による相談支援体制が整備されているのは38%（399か所中150か所）のみ（2016年）

治療と仕事の両立に向けた柔軟な休暇制度・勤務制度の整備が進んでいない。

- ・病気休暇制度のある企業割合：22.4%（常用雇業者30人以上民営企業）（2012年）
- ・病気休業からの復帰支援プログラムのある企業割合：11.5%（常用雇業者50人以上民営企業）（2012年）

【今後の対応の方向性】

がん等の病気を抱える患者や不妊治療を行う夫婦が活躍できる環境を整備する。治療状況に合わせた働き方ができるよう、患者に寄り添いながら継続的に相談支援を行い、患者・主治医・会社間を調整する両立支援コーディネーターを配置し、主治医、会社とのトライアングル型サポート体制を構築する。あわせて会社、労働者向けの普及・啓発を行い、企業文化の抜本改革を促す。

【具体的な施策】

（トライアングル型サポート体制の構築）

- ・治療と仕事の両立に向けたトライアングル型サポート体制を構築するため、以下の取組を進める。
 - ① 主治医と会社の連携の中核となり、患者に寄り添いながら、個々の患者ごとの治療・仕事の両立に向けた治療と仕事両立プランの作成支援などを行う両立支援コーディネーターを育成・配置する。
 - ② 治療と仕事両立プランの記載内容・作成方法等の具体化を進め、主治医、会社、産業医が効果的に連携するためのマニュアルの作成・普及を行う。
 - ③ がん・難病・脳卒中・肝疾患等について、疾患ごとの治療方法や症状（倦怠感、慢性疼痛やしびれなどを含む）の特徴や、両立支援に当たっての留意事項等を示した、会社向けの疾患別サポートマニュアル等の作成・普及を行う。

（不妊治療と仕事の両立に関する相談支援の充実）

- ・不妊治療に関する患者からの相談支援を担う不妊専門相談センターの機能について、両立支援にまで拡充する。

（企業文化の抜本改革）

- ・企業トップ自らがリーダーシップを発揮し、働く人の心身の健康の保持増進を経営課題として明確に位置づけ、病気の治療と仕事の両立支援を含め積極的に取り組むことを強力に推進する。
- ・2016年2月策定の事業場における治療と職業生活の両立支援のためのガイドラインの普及推進など、両立支援の導入・拡充に向けて一般国民を含めた周知・啓発を進める。
- ・柔軟な休暇制度・勤務制度の導入を支援する助成金による支援を行う。
- ・治療と仕事の両立等の観点から、傷病手当金の支給要件等について検討し、必要な措置を講ずる。

（労働者の健康確保のための産業医・産業保健機能の強化）

- ・治療と仕事の両立支援に係る産業医・産業保健活動の強化を図る。
- ・過労死等のリスクが高い状況にある労働者を見逃さないための産業医による面接指導の確実な実施等、企業における労働者の健康管理を強化する。
- ・産業医の独立性や中立性を高めるなど産業医の在り方を見直す。

施策	年度	2017年度	2018年度	2019年度	2020年度	2021年度	2022年度	2023年度	2024年度	2025年度	2026年度	2027年度以降	指標	
トライアングル型のサポート体制の構築	両立支援コーディネーターの養成、配置（労災病院、産業保健総合支援センター）	両立支援コーディネーターの養成、配置（労災病院、産業保健総合支援センター）											治療と仕事の両立が普通にできる社会を目指す。	
	両立プランの具体化	がん等のモデル実施	両立プランの普及											トライアングル型サポートの状況を踏まえて支援拡充を検討
	主治医、産業医等の研修、企業連携マニュアルの作成・普及 個別の疾患別サポートマニュアル策定（疾患ごとに順次策定） がん拠点病院、ハローワーク等の相談窓口等を順次増加・充実 がん患者の容姿面への対応など療養生活の質の向上の促進	患者に対する相談状況を踏まえて見直し												
不妊治療と仕事の両立に関する相談支援の充実	若年性認知症支援コーディネーターの配置	若年性認知症の特性に応じた就労支援・社会参加等の推進											両立支援コーディネーターを2020年度までに2,000人養成する。	
企業文化の抜本改革 普及・啓発	不妊専門相談センターの機能拡充	新たな不妊相談体制の整備												
助成金等による支援	ガイドラインの普及推進、健康経営の導入促進	ガイドラインの普及推進、健康経営の導入促進											企業の意識・普及の状況を踏まえて両立支援の更なる充実策を検討	
傷病手当金	地域両立支援推進チーム設置	各地域での両立支援の取組推進												
産業医等の機能強化	企業等への相談対応、個別訪問指導、助成金による制度導入支援	企業等への相談対応、個別訪問指導、助成金による制度導入支援											施行準備・周知期間をとった上で段階的に施行	
	必要な法令 制度改正	必要な法令 制度改正												

【働く人の視点に立った課題】

パートタイム労働者の中には、税制、社会保障制度、勤務先の手当などを意識して就業調整を行う方がいる。

- ＜就業調整をしているパート（有配偶女性に限る）の調整理由（複数回答可）＞（2011年）
- ・配偶者控除等の収入制限を意識：37.7%
- ・健康保険や厚生年金等の被扶養者の要件（130万円）を意識：49.3%
- ・配偶者手当を意識：20.6%

正社員だった女性が育児等で一旦離職すると、パート等の非正規で復帰せざるを得ない。

- ・出産・育児等を理由に退職する女性：約5割（2015年）
- ・結婚等で退職した正社員女性の再就職＜雇用形態別＞
（正規）12% （非正規）88%（2015年）

子育て等が落ち着いた後に復職できる制度を設けている企業はあるが、広がりには限定的。

- ・退職社員の復職制度がある企業 12%（2012年）

女性の就労者数は過去4年で増加し、女性のいわゆるM字カーブは改善してきているが、育児等が落ち着いた後に就労を希望する女性は今なお多い。

- ・過去4年間での女性の就労者数：150万人増（2012年→2015年）
- ・非労働力人口の女性のうち就労を希望する者：274万人（2016年）
- ・そのうち25～44歳の年齢階級：136万人（49.6%）

【今後の対応の方向性】

子育て等により離職した女性の復職や再就職の支援を強化するとともに、就業調整を意識しないで働くことができるよう環境整備を行うなど、子育てや介護など多様な経験を持つ女性が活躍できる環境を整える。また、女性リーダーの育成を支援する。

【具体的な施策】

（パートタイム女性が就業調整を意識せずに働ける環境整備）

- ・短時間労働者が就業調整を意識せずに働くことができるよう、配偶者控除等について、配偶者の収入制限を103万円から150万円に引き上げる。なお、若い世代や子育て世帯に光を当てていく中で、個人所得課税の改革について、その税制全体における位置づけや負担構造のあるべき姿について検討し、丁寧に進めていく。
- ・短時間労働者への被用者保険の適用拡大の円滑な実施を図るとともに、2019年9月までに更なる適用拡大について必要な検討を行い、その結果に基づいて必要な措置を講ずる。
- ・企業の配偶者手当に配偶者の収入制限があることも、就業調整の大きな要因の一つであり、労使の真摯な話し合いの下、前向きな取組が行われるよう、働きかけていく。国家公務員の配偶者に係る扶養手当の見直しについて、着実に実施する。

（子育て等により離職した正社員女性等の復職の推進）

- ・復職制度をもつ企業の情報公開を推進するため、復職制度の有無について、ハローワークの求人票に項目を新設するほか、女性活躍推進法の情報公表項目に盛り込むことを検討する。また、復職制度を導入して希望者を再雇用した企業を支援する助成金を創設する。

施策	年度	2017年度	2018年度	2019年度	2020年度	2021年度	2022年度	2023年度	2024年度	2025年度	2026年度	2027年度以降	指標	
パートタイム女性が就業調整を意識せずに働ける環境整備		配偶者控除等の見直し、適用											就業調整をして働いている女性を減らす。	
		被用者保険の更なる適用拡大の検討			検討結果に基づいて、必要な措置を講じる									
		企業の配偶者手当に関するリーフレットの改定等による関係団体への周知			引き続き周知を実施し、施行状況を踏まえた更なる検討									
子育て等による離職者の復職制度の推進		助成金の創設・活用		求人票における復職制度の見える化		企業の働き方や女性活躍に関する情報公表の促進								