

第 168 回社会保障審議会医療保険部会 議事次第

令和 5 年 9 月 29 日（金）
10 時 00 分～12 時 00 分
場 所：全 国 都 市 会 館

（ 議 題 ）

1. オンライン資格確認等について
2. 令和 6 年度診療報酬改定の基本方針について
3. 「経済財政運営と改革の基本方針 2023」等関連事項について

（報告事項）

1. 「年収の壁・支援強化パッケージ」について
2. 後期高齢者医療の窓口負担割合の見直しの影響について

（ 配布資料 ）

- 資 料 1 オンライン資格確認等について
資 料 2 令和 6 年度診療報酬改定の基本方針の検討について
資 料 3 「経済財政運営と改革の基本方針 2023」等関連事項について
資 料 4 「年収の壁・支援強化パッケージ」について
資 料 5 後期高齢者医療の窓口負担割合の見直しの影響について
参考資料 1 診療報酬改定の基本方針_参考資料

社会保障審議会医療保険部会 委員名簿

あんどう のぶき 安藤 伸樹	全国健康保険協会理事長
いけばた ゆきひこ 池端 幸彦	日本慢性期医療協会副会長
いながわ 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
いのくち ゆうじ 猪口 雄二	日本医師会副会長
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
さの まさひろ 佐野 雅宏	健康保険組合連合会副会長
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副理事長
たなべ くにあき ◎ 田辺 国昭	国立社会保障・人口問題研究所所長
なかむら さやか 中村 さやか	上智大学経済学部教授
にん かずこ 任 和子	日本看護協会副会長
はた けんいちろう 羽田 健一郎	全国町村会理事／長野県長和町長
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

◎印は部会長、○印は部会長代理である。

(五十音順)



オンライン資格確認等について

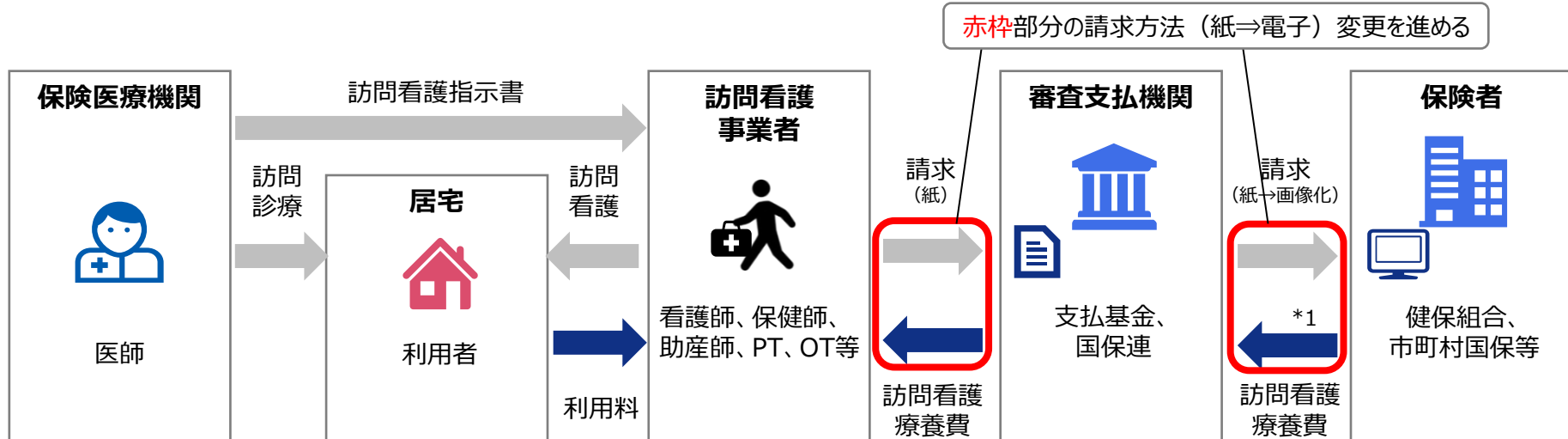
1. 訪問看護におけるオンライン請求・ オンライン資格確認の導入について

訪問看護レセプト（医療保険）のオンライン請求について

1. 概要・目的

- オンライン請求とは、電子的に作成したレセプトデータを、セキュリティが確保されたネットワーク回線により、オンラインで審査支払機関に送付することです。
- 全国の訪問看護ステーションにおけるレセプト請求事務や、審査支払機関・保険者等におけるレセプト処理事務の効率化が図られます。
- より質の高い医療・看護の実現に向けた、レセプト情報の利活用（介護保険分野と合わせた訪問看護全体のデータ分析、地域医療や在宅医療の実態把握等）の推進につながります。

2. 訪問看護の流れとオンライン請求の範囲



*1：保険者からの再審査請求は紙運用

訪問看護におけるオンライン資格確認について

- 利用者自身の直近の資格情報や、本人の同意に基づき診療/薬剤情報・特定健診等情報を閲覧することが可能となり、業務効率化や質の高い医療の提供が実現。
- 訪問看護等におけるオンライン資格確認（居宅同意取得型）の仕組みを活用することで、継続的に訪問看護が行われている間、2回目以降の訪問においては、訪問看護ステーション側で再照会をして資格情報の照会・取得が可能となる機能により効率的な資格確認が可能になるほか、初回時の同意に基づき、薬剤情報等の取得が可能。
- 今後、オンライン資格確認等システムについては、医療DXの推進の中で、生活保護の医療扶助や難病医療の公費負担医療及び地方単独医療費助成への対応拡大が期待。

利用者

マイナンバーカード1枚で訪問看護を受けることが可能に

- 居宅等でもオンライン資格確認で可能に
- 保険者に申請していない場合も含め、限度額認定証等がなくても、高額療養費制度における限度額を超える支払が免除

過去の薬剤情報等の提供が可能に

- これまでの薬剤情報や特定健診の結果を網羅的に提供することが可能に
- 健康・医療データに基づいたより適切な看護につながる

訪問看護ステーション

資格確認業務の負荷軽減

- 2回目以降の訪問では、利用者宅等への訪問前に利用者の資格情報を確認でき、訪問時の確認業務が効率化
- 利用者の直近の資格情報が確認可能。限度額認定証等がなくても、高額療養費制度における適用区分の確認が可能に

業務の更なる効率化

- 事業所内のレセコン等と連携することで、レセプト作成における手作業の事務負担や誤記リスク、レセプト返戻の削減等につながる
- 利用者から聞き取るよりも正確かつ効率的に、利用者の過去の薬剤情報等を確認可能に

訪問看護レセプトのオンライン請求・オンライン資格確認

- ・ 訪問看護ステーションにおいて、令和6年6月よりレセプトのオンライン請求とオンライン資格確認を開始する。
- ・ また、令和6年秋の保険証廃止を見据えつつ、オンライン請求・オンライン資格確認を義務化する。その際、現行の保険証廃止は、国民の不安払拭のための措置が完了することが大前提であり、医療現場に混乱が生じないように、安心してマイナ保険証を利用できる環境を実現する。

1. オンライン請求・オンライン資格確認の開始

- 訪問看護ステーションの**オンライン請求を開始**（省令改正・令和6年6月施行予定。適用は翌月請求分から）
- 訪問看護ステーションの**オンライン資格確認を開始** ※令和6年6月開始予定
- 訪問看護ステーションに対する**オンライン資格確認導入に係る財政支援**
 - ※ **オンライン請求**の開始に向けて準備が必要な機器等の一部は、**オンライン資格確認**と兼用することが可能

2. オンライン請求・オンライン資格確認の義務化・経過措置

- 訪問看護ステーションに**オンライン請求を義務化**（省令改正・令和6年秋（保険証廃止時期）施行予定）
 - ※ 経過措置：通信障害、システム整備中、ネットワーク環境、改築工事、廃止・休止、その他特に困難な事情
- 訪問看護ステーションに**オンライン資格確認を義務化**（省令改正・令和6年秋（保険証廃止時期）施行予定）
 - ※ 経過措置：システム整備中、ネットワーク環境、改築工事、廃止・休止、その他特に困難な事情

訪問看護レセプトのオンライン請求の義務化の経過措置

- 令和6年秋（保険証廃止時期）時点でやむを得ない事情がある場合は、期限付きの経過措置を設ける。 ※ 1

※ 1 経過措置の対象事業者は、支払基金に原則オンラインで事前届出を行う。

やむを得ない事情	期限
(1) 電気通信回線設備に障害が発生した場合	障害が解消されるまで
(2) 義務化の2か月前の月末までにベンダーと契約締結したが、導入に必要なシステム整備が未完了の場合（システム整備中）	システム整備が完了する日まで （遅くとも義務化の6か月後の月末まで）
(3) オンライン請求に必要な光回線ネットワーク環境が整備されていない場合（ネットワーク環境事情）	オンライン請求に必要な光回線ネットワーク環境が整備されてから6ヶ月後まで
(4) 改築工事中的の場合	改築工事が完了するまで
(5) 廃止・休止に関する計画を定めている場合	廃止・休止まで （遅くとも義務化の6か月後の月末まで）
(6) その他特に困難な事情がある場合 ※ 常勤の看護職員その他の従業員の年齢が、平成30年3月31日において、いずれも65歳以上である場合【介護保険におけるオンライン請求の経過措置と同じ】※ 2 ※ (1)～(5)の類型と同視できるか個別判断	特に困難な事情が解消されるまで

※ 2 令和6年3月31日時点では、71歳以上。

（参考）介護レセプトの令和5年3月審査分において、訪問看護ステーション約13,500事業所のうち、120事業所（0.9%）が紙レセプトにより請求。

訪問看護事業者のオンライン資格確認の義務化の経過措置

- 令和6年秋（保険証廃止時期）時点でやむを得ない事情がある場合は、期限付きの経過措置を設ける。※1

※1 経過措置の対象事業者は、支払基金に原則オンラインで事前届出を行う。

やむを得ない事情	期限
(1) 義務化の2か月前の月末までにベンダーと契約締結したが、導入に必要なシステム整備が未完了の事業者（システム整備中）	システム整備が完了する日まで （遅くとも義務化の6か月後の月末まで）
(2) オンライン資格確認に必要な光回線ネットワーク環境が整備されていない事業者（ネットワーク環境事情）	オンライン資格確認に必要な光回線ネットワーク環境が整備されてから6ヶ月後まで
(3) 改築工事中の事業者	改築工事が完了するまで
(4) 廃止・休止に関する計画を定めている事業者	廃止・休止まで （遅くとも義務化の6か月後の月末まで）
(5) その他特に困難な事情がある事業者 ※ 常勤の看護職員その他の従業者の年齢が、平成30年3月31日において、いずれも65歳以上である場合【介護保険におけるオンライン請求の経過措置と同じ】※2 ※ (1)～(4)の類型と同視できるか個別判断	特に困難な事情が解消されるまで

（参考）災害等によりネットワーク環境に障害が生じる場合については、本則に緊急やむを得ない事由を位置付けることを検討

※2 令和6年3月31日時点では、71歳以上。

（参考）介護レセプトの令和5年3月審査分において、訪問看護ステーション約13,500事業所のうち、120事業所（0.9%）が紙レセプトにより請求。

訪問看護におけるオンライン資格確認等の導入推進

訪問看護事業者関係

- 訪問看護におけるオンライン資格確認の導入に関する情報取得や、必要な手続（利用申請、電子証明書の発行申請、補助金の申請等）を一元的に行うことが可能な「**医療機関等向け総合ポータルサイト**」を**10月上旬に開設予定**。
- オンライン請求のための準備と一体的に行うことで負担を抑えられることも踏まえ、必要な対応について訪問看護事業者が具体的にイメージできるような**リーフレット・動画等の周知広報を行う**。
- 来年1月に総合ポータルサイトを更新し、利用申請、電子証明書の発行申請を可能とするとともに、2月以降に接続テスト等の実施を開始する。
- オンライン資格確認の実施機関におけるコールセンターやオンライン請求のサポートデスク等において、訪問看護事業者からの**問い合わせにも対応**する。

システム事業者関係

- 資格確認端末やネットワーク整備などの必要な対応をパッケージとして提供する**導入支援事業者を確保**。
- 導入支援事業者や介護レセコンベンダなど**システム事業者が参画する連絡協議会を開催**し、ベンダ側に対しても導入促進を図る。

※ 訪問看護事業者においては、導入支援事業者に依頼して、レセコンを使用している場合にはレセコンベンダによる改修を行い、オンライン資格確認の導入を行うこととなる。

訪問看護ステーションに対する財政支援（医療情報化支援基金）

1. 事業内容

- 訪問看護ステーションのオンライン資格確認導入に必要な以下の費用を支援する。
 - ① マイナンバーカードの読取・資格確認等のためのモバイル端末等の導入
 - ② ネットワーク環境の整備
 - ③ レセプトコンピュータ、電子カルテシステム等の既存システムの改修

2. 補助内容

- 基準とする事業額 42.9万円を上限に、実費補助

※ オンライン請求の開始に向けて準備が必要な機器等の一部は、オンライン資格確認と兼用することが可能であり、補助対象として盛り込む。

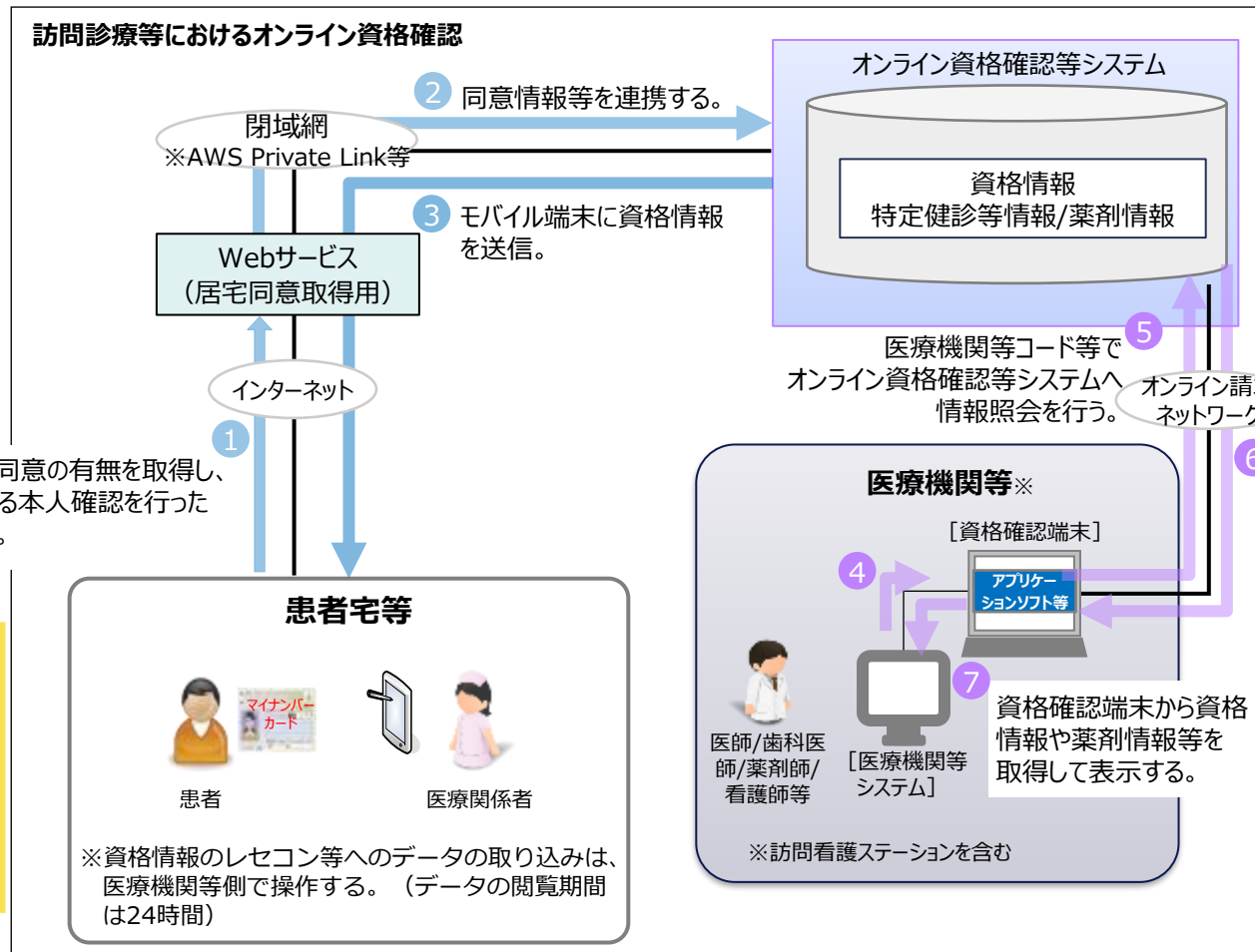
今後のスケジュール（案）

	令和5年度 (2023年度)							令和6年度 (2024年度)						
	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月~
マイルストーン	R6診療報酬改定施行 秋：保険証廃止													
オンライン請求・ オンライン資格確認 導入推進の取組	総合ポータルサイト開設 (説明資料、動画等) ★		総合ポータルサイト更新 (利用申請、 電子証明書発行) ★											義務化 経過措置 ★
※ 導入支援事業者や介護レセコンベンダなどシステム事業者が参画する連絡協議会を開催し、ベンダ側に対しても導入促進を図る。														
訪問看護 ステーション	準備・導入作業 (導入支援事業者等へ見積依頼・契約調整)				接続・運用テスト (端末の設定、運用テスト等)			✓ 訪問看護ステーションごとに順次導入 オンライン請求開始 <small>※報酬改定が6月から であることを踏まえた対応</small> オンライン資格確認開始						

2. 訪問診療等におけるオンライン資格確認 (居宅同意取得型) について

訪問診療等におけるオンライン資格確認の仕組み案 (概要)

- 初回訪問時のマイナンバーカードによる本人確認に基づく資格情報の取得及び薬剤情報等の提供に関する同意は、医療関係者が持参したモバイル端末等を用いて実施する。
 - 訪問診療等では医療関係者が患者宅等を訪問することから、患者のなりすましリスクが低いことを踏まえ、2回目以降は、当該医療機関等との継続的な関係のもと訪問診療等が行われている間、医療機関等において再照会機能(※)を活用した資格確認を行うとともに、薬剤情報等については、初回時の同意に基づき取得可能な仕組みとする。
- ※ あらかじめ医療機関等において、初回にマイナンバーカードの本人確認により取得した患者の資格情報を用いて、オンライン資格確認等システムに最新の資格情報を照会し、取得する機能。



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

今後、モバイル端末等に専用アプリケーションをインストールし、本人確認については、

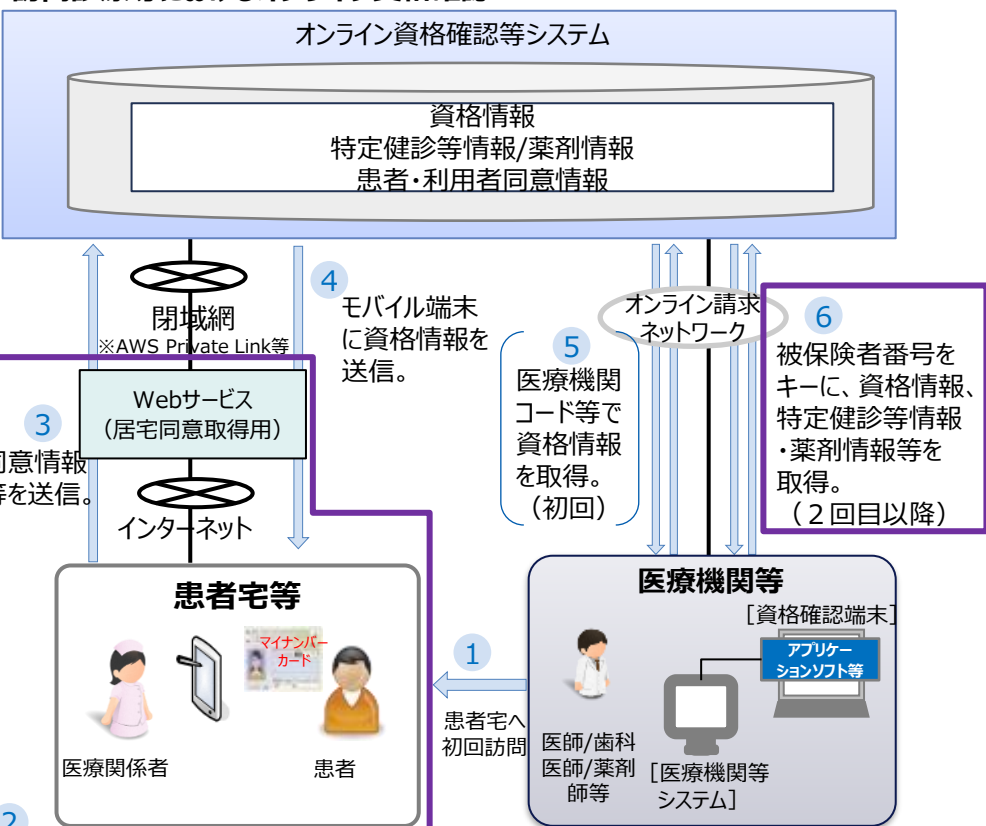
- ・ 目視確認
- 又は
- ・ 4桁の暗証番号の入力のどちらかを医療機関等が選択できる仕組みを追加予定 (令和6年度内で実施を調整中)

(参考) 居宅同意取得型における再照会機能と同意登録について

- 訪問診療等におけるオンライン資格確認の仕組み（居宅同意取得型）では、2回目以降は、当該医療機関等との継続的な関係のもと訪問診療等が行われている間（※）、医療機関等において再照会機能を活用した資格確認を行うとともに、薬剤情報等については、初回時の同意に基づき取得可能な仕組みとする。

※ 例えば、初回から3か月後の末日までの期間に加え、その後は、診療等の継続（毎月診療等が行われていること）をレセプトにより確認する。

訪問診療等におけるオンライン資格確認



- まず薬剤情報等の提供に関する同意の有無を取得し、
- 次に4桁の暗証番号の入力による本人確認を行った上、マイナンバーカードを読み取る。

訪問診療等では医療関係者が患者宅等を訪問することから、患者のなりすましリスクが低いことを踏まえ、訪問診療等におけるオンライン資格確認の仕組み（居宅同意取得型）について、以下の機能を実装する。

※ 往診においては、訪問の都度、資格確認を行うとともに、薬剤情報等の提供に係る同意取得を行うことが必要。

資格確認（再照会機能）

あらかじめ医療機関等において、初回時にマイナンバーカードの本人確認により取得した患者の被保険者番号を用いて、オンライン資格確認等システムに最新の資格情報を照会し、取得する。

※ 資格確認方法としての再照会の法令上の位置づけについて検討を行う。

薬剤情報等の提供に係る同意取得

訪問診療等における患者宅等への初回訪問時に、モバイル端末等を用いて、同意登録（※）を行う。

※ 同意は当該医療機関等との継続的な関係のもと訪問診療等が行われている間は有効

同意登録をしている患者について、患者の被保険者番号により、患者の薬剤情報・特定健診等情報等を取得する。

「マイナ在宅受付Web」を用いた資格確認等の手順（1/2）

- 医療機関等のモバイル端末等からWebサービス「マイナ在宅受付Web」へアクセスし、はじめに、薬剤情報等の提供について、患者が同意の有無を選択します。
- 登録する同意情報の内容を確認します。

患者宅等

薬剤情報等の提供に関する同意取得（マイナ在宅受付Web）

- ① 医療機関等のモバイル端末等を利用して、「マイナ在宅受付Web」へアクセス



- ② 診療/薬剤情報・特定健診情報等の提供について、患者が同意の有無を選択

オンライン資格確認Web
[訪問診療等]

同意登録の準備と開始

「同意登録に必要な準備」が完了した後、「同意登録をする」ボタンから同意手続きを開始してください。

過去に完了した同意内容の確認・更新をしたい方は、右上のメニューボタンから、「すべての同意を取消す」または「同意照会・更新」を押してください。

同意登録に必要な準備

同意登録には、マイナンバーカードのご用意とマイナンバーカードへの保険証の登録を済ませていただく必要があります。

1 マイナンバーカードの準備

同意登録にはマイナンバーカードが必要になります。お手元にご準備ください。

2 マイナンバーカードへの保険証の登録

本システムのご利用にはマイナンバーカードへの保険証の登録が必要です。まだ登録がお済みでない方は、[マイナポータルサイト](#)にて登録するようにお願いします。

同意登録をする

〇〇〇〇〇医療機関

1 入力 2 確認 3 完了

同意登録

あなたの健康・医療情報を当機関に提供することに同意しますか。この情報はあなたの診察や健康管理のために使用します。※この同意は、当機関から継続的に診療等を受ける一定期間、有効です。

すべての項目に同意する

同意項目については、以下の項目をご確認ください。

※ ? を押すと各項目の詳細をご確認ください。

手術情報の提供 ?

同意する X 同意しない

診療情報および薬剤情報の提供 ?

同意する X 同意しない

特定健診等情報の提供 (40歳以上対象) ?

※40歳未満の方は「同意しない」を選択してください。

同意する X 同意しない

限度額情報の提供 ?

同意する X 同意しない

特定疾病療養受療証情報の提供 ?

同意する X 同意しない

すべての項目に同意する

同意内容を確認する

2 確認 3 完了

同意登録内容の確認

画面下にある「同意内容を登録する」ボタンを押してください。

登録内容

手術情報の提供
同意しない

診療情報および薬剤情報の提供
同意しない

特定健診等情報の提供 (40歳以上対象)
同意しないまたは40歳未満

限度額情報の提供
同意しない

特定疾病療養受療証情報の提供
同意しない

同意内容を登録する
マイナンバーカードの利用者証明電子証明書のパスワードを入力していただきます

選択内容を修正する
前の画面に戻ります

「マイナ在宅受付Web」を用いた資格確認等の手順（2/2）

- モバイル端末等にあらかじめインストールした「マイナポータル」アプリに遷移して、患者が4桁の暗証番号を入力後、マイナンバーカードをかざし、本人確認を行います（初回のみ）。
- 「マイナ在宅受付Web」に薬剤情報等の提供に関する同意情報が登録されます。
- その後、患者の資格情報を取得し、医療保険における資格確認を行います。

本人確認（マイナポータル）

③ 4桁の暗証番号を入力

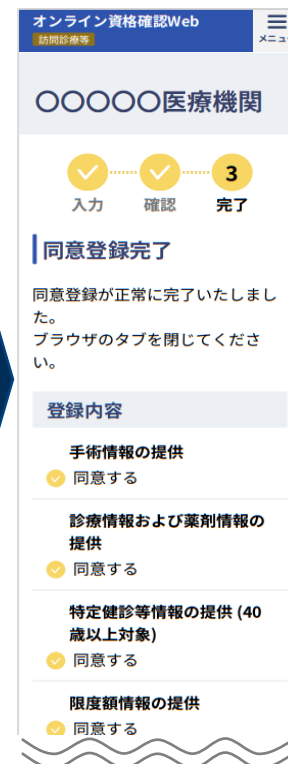


④ マイナンバーカードをかざす



同意登録、資格確認

⑤ 同意登録が完了、資格情報を取得



訪問診療等における医療機関・薬局に対する財政支援 (社会保障・税番号制度システム整備費等補助金)

1. 事業内容

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

2. 補助内容

	補助率	補助限度額 (訪問診療・訪問服薬指導等)
病院	1 / 2	41.1万円 事業額上限82.2万円
大型チェーン薬局	1 / 2	8.5万円 事業額上限17.1万円
診療所・薬局	3 / 4	12.8万円 事業額上限17.1万円

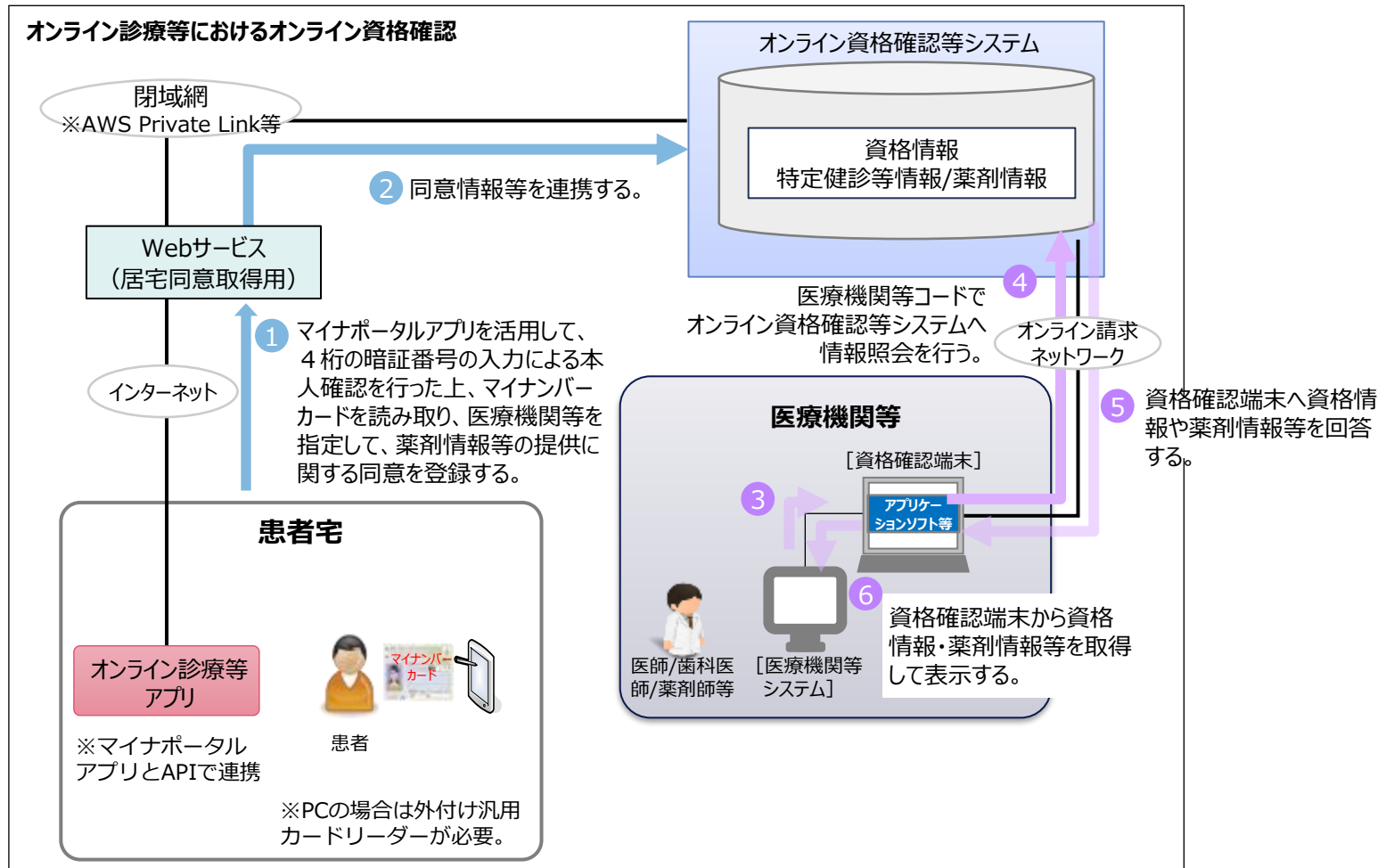
※ 事業額上限は、モバイル端末：4.1万円、レセプトコンピュータの改修：78.1万円（病院）／13万円（診療所・薬局）

※ 訪問診療等とオンライン診療等の両方を実施している場合は、この上限額となる。

※ 訪問診療のみを提供する既存の医療機関等については、オンライン資格確認のシステム本体の導入補助（ICT基金）を活用した上で、居宅同意取得型の導入補助を受けることとなる。

オンライン診療等におけるオンライン資格確認の仕組み案 (概要)

- 資格確認や、薬剤情報等の提供に関する同意は、患者本人のモバイル端末またはPCを用いて実施_※する。
 なお、薬剤情報等の提供に関する同意は、通常の外来診療と同様に、医療機関等を利用する都度行う仕組みとする。
- ※ Webサービス（居宅同意取得用）へのアクセスは、オンライン診療等アプリとAPI連携を行う。また、患者本人がWebサービス（居宅同意取得用）へ直接アクセス可能な仕組みも実装予定。



オンライン診療等における医療機関・薬局に対する財政支援 (社会保障・税番号制度システム整備費等補助金)

1. 事業内容

- 医療機関・薬局における居宅同意取得型の利用に必要な以下の費用を支援する。
 - レセプトコンピュータの改修

2. 補助内容

	補助率	補助限度額 (オンライン診療・オンライン服薬指導)
病院	1 / 2	39万円 ※事業額上限78.1万円
大型チェーン薬局	1 / 2	6.5万円 ※事業額上限13万円
診療所・薬局	3 / 4	9.7万円 ※事業額上限13万円

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

3

3. 柔道整復師、あん摩マッサージ師、はり師、きゅう師の施術所におけるオンライン資格確認の導入について

柔道整復師、あん摩マッサージ師、はり師、きゅう師の施術所における オンライン資格確認（資格確認限定型：簡素な資格確認の仕組み）の導入

療養費の支給と受領委任払い

- 療養費は、保険医療機関・薬局が行う療養の給付と異なり、法令上、患者が保険者に直接請求し支給を受ける「償還払い」の仕組みが取られている。
- ただし、患者の施術料の支払等に係る負担軽減や療養費の適正な請求を図る観点から、地方厚生支局長及び都道府県知事と協定又は契約を結んだ柔道整復師、はり師、きゅう師及びあん摩マッサージ指圧師は、被保険者等から療養費の受領の委任を受け、患者に代わって保険者に請求する形式（受領委任形式）が認められている（※1）。
- 厚生労働省は、社会保障審議会医療保険部会の下に設置された「柔道整復療養費検討専門委員会」及び「あん摩マッサージ指圧、はり・きゅう療養費検討専門委員会」での検討を踏まえ、保険局長通知（※2）により協定書又は契約の取扱規程を示しており、これに沿って三者の受領委任に係る協定・契約が行われている。

（※1）・地方厚生（支）局長は、健保連会長・協会けんぽ都道府県支部長の委任を受けて、
・都道府県知事は、市町村（特別区を含む）・国保組合・広域連合の委託を受けた国保中央会理事長からの委託を受けて、
・施術者等は、被保険者等の委任を受けて、契約を行う。社団法人日本柔道整復師会の会員である柔道整復師については、都道府県柔道整復師会長が協定を行う。

（※2）「柔道整復師の施術に係る療養費について」、「はり師、きゅう師及びあん摩マッサージ指圧師の施術に係る療養費に関する受領委任の取扱いについて」

◎健康保険法（大正11年法律第70号）（抄）
（療養の給付に関する費用）

第七十六条 保険者は、療養の給付に関する費用を保険医療機関又は保険薬局に支払うものとし、保険医療機関又は保険薬局が療養の給付に関し保険者に請求することができる費用の額は、療養の給付に要する費用の額から、当該療養の給付に関し被保険者が当該保険医療機関又は保険薬局に対して支払わなければならない一部負担金に相当する額を控除した額とする。

2・3 （略）

4 保険者は、保険医療機関又は保険薬局から療養の給付に関する費用の請求があったときは、第七十条第一項及び第七十二条第一項の厚生労働省令並びに前二項の定めを照らして審査の上、支払うものとする。

5 保険者は、前項の規定による審査及び支払に関する事務を社会保険診療報酬支払基金法（昭和二十三年法律第二百二十九号）による社会保険診療報酬支払基金（以下「基金」という。）又は国民健康保険法第四十五条第五項に規定する国民健康保険団体連合会（以下「国保連合会」という。）に委託することができる。

6 （略）

（療養費）

第八十七条 保険者は、療養の給付若しくは入院時食事療養費、入院時生活療養費若しくは保険外併用療養費の支給（以下この項において「療養の給付等」という。）を行うことが困難であると認めるとき、又は被保険者が保険医療機関等以外の病院、診療所、薬局その他の者から診療、薬剤の支給若しくは手当を受けた場合において、保険者がやむを得ないものと認めるときは、療養の給付等に代えて、療養費を支給することができる。

2・3 （略）

柔道整復師、あん摩マッサージ師、はり師、きゅう師の施術所における オンライン資格確認（資格確認限定型：簡素な資格確認の仕組み）の導入

受領委任払いにおける資格確認

- 保険局長通知では、受領委任払いにおいて、施術者等は、患者の提出する被保険者証によって、療養費を受領する資格があることを確認することとされている。

（例）「柔道整復師の施術に係る療養費について」（抄）

2 改正の内容

受領委任の取扱いについては、社団法人日本柔道整復師会の会員にあっては別添1により、またその他の柔道整復師にあっては別添2により、それぞれ取り扱うものとする。

別添1（協定書）別紙
（受給資格の確認等）

- 18 丁は、患者から施術を求められた場合は、その者の提出する被保険者証（健康保険被保険者受給資格者票、健康保険被保険者特別療養費受給票、船員保険被扶養者証を含む。以下同じ。）によって療養費を受領する資格があることを確認すること。
ただし、緊急やむを得ない事由によって被保険者証を提出することができない患者であって、療養費を受領する資格が明らかなものについてはこの限りでないが、この場合には、その事由がなくなった後、遅滞なく被保険者証を確認すること。

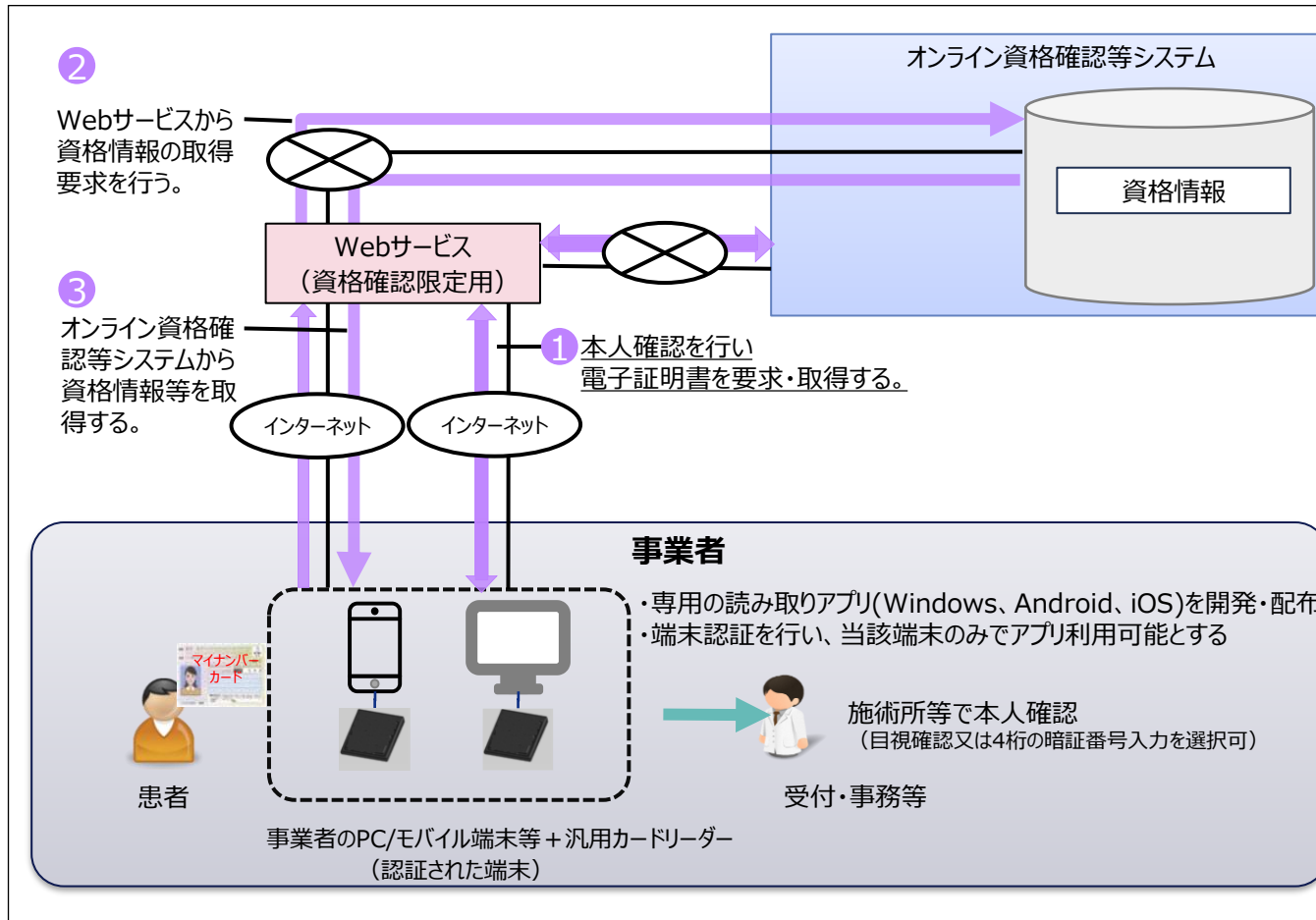
- 令和6年秋の保険証の廃止に当たっては、受領委任払いを行っている施術所において、引き続き、患者の資格情報を確認することができるオンライン資格確認の仕組みを導入する必要がある。
- 保険局長通知を改正して、令和6年4月以降、資格確認の方法に「オンライン資格確認」を位置付けることとともに、令和6年秋以降、導入を義務化してはどうか。

※ 保険局長通知の改正に当たっては、医療機関のオンライン資格確認の導入の原則義務化を定めている療養担当規則の対応を参考とする予定。
やむを得ない事情がある場合などについても今後検討。

「オンライン資格確認」：マイナンバーカードによる本人確認の上、保険者にオンライン資格確認等システム（実施機関として社会保険診療報酬支払基金・国民健康保険中央会が運営）を通じて資格情報の照会を行い、資格情報の提供を受ける方法

柔道整復師、あん摩マッサージ師、はり師、きゅう師の施術所における オンライン資格確認（資格確認限定型：簡素な資格確認の仕組み）の概要

- 診療を行わない柔道整復師・あん摩マッサージ指圧師・はり師・きゅう師の施術所等を対象に、資格情報のみを取得できる簡素な仕組みを構築する。



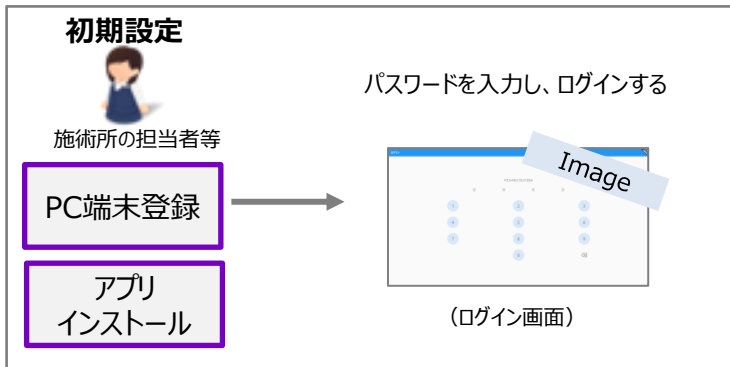
オンライン資格確認（資格確認限定型）における PC端末の画面操作イメージ

第25回柔道整復療養費検討専門委員会・第27回あん摩
マッサージ指圧、はり・きゅう療養費検討専門委員会
(令和5年9月22日)資料

- ・ 事前にポータルサイトを通じて、PC端末の認証・登録を行うとともに、資格確認を行うPC端末に「マイナ資格確認アプリ」をインストールする。
- ・ 職員は、PC端末に接続した市販の汎用カードリーダーを用いて、マイナンバーカードを読み取る。このとき、職員による目視確認又は患者による4桁の暗証番号の入力のいずれかを選択して本人確認を行う。
- ・ PC端末上に資格情報が表示される。

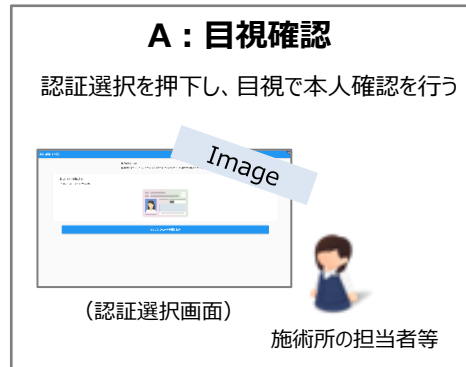
初期設定

- ① 事前の準備として、施術所においてPC端末の登録やアプリケーションのインストール等のセットアップ作業を行う。

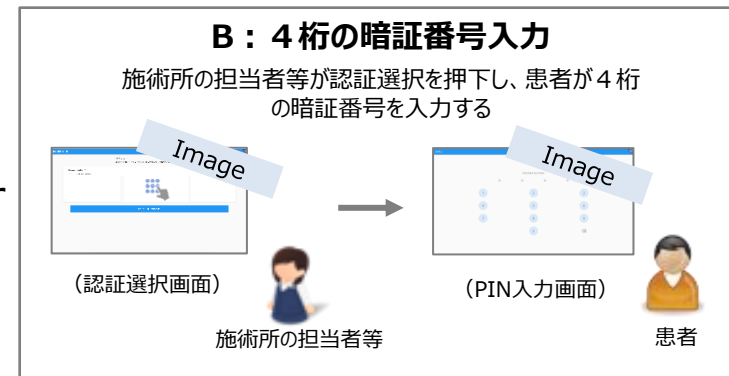


本人確認の認証方法の選択・確認

- ② 施術所の担当者等が患者の資格確認を行う。本人確認は (A) 職員による目視確認、(B) 患者による4桁の暗証番号の入力のいずれかを選択して行う。(本人確認の認証方法A、Bは設定メニューから切り替え可能)

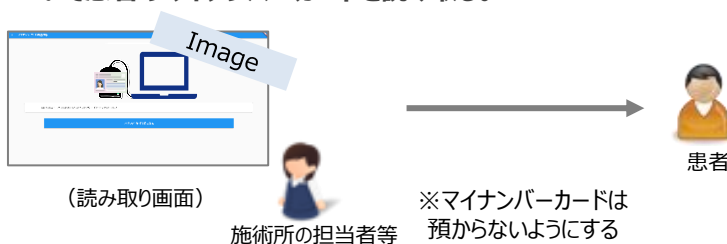


or



マイナンバーカードの読み取り

- ③ 施術所の担当者等がPC端末に接続した汎用カードリーダーを用いて患者のマイナンバーカードを読み取る。



資格情報の確認

- ④ 資格情報を確認する。



オンライン資格確認（資格確認限定型）における モバイル端末の画面操作イメージ

第25回柔道整復療養費検討専門委員会・第27回あん摩
マッサージ指圧、はり・きゅう療養費検討専門委員会
(令和5年9月22日) 資料

- ・ 事前にポータルサイトを通じて、モバイル端末の認証・登録を行うとともに、資格確認を行うモバイル端末に「マイナ資格確認アプリ」をインストールする。
- ・ 職員は、モバイル端末（又はモバイル端末に接続した汎用カードリーダー）を用いて、マイナンバーカードを読み取る。このとき、職員による目視確認又は患者による4桁の暗証番号の入力のいずれかを選択して本人確認を行う。
- ・ モバイル端末上に資格情報が表示される。

初期設定

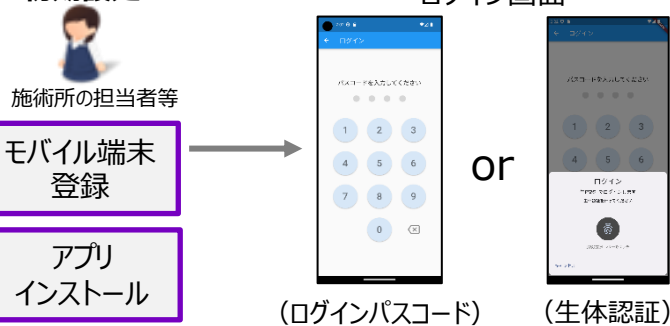
本人確認の認証方法の選択・確認

- ① 事前の準備として、施術所においてモバイル端末の登録やアプリケーションのインストール等のセットアップ作業を行う。

- ② 施術所の担当者等が患者の資格確認を行う。本人確認は（A）職員による目視確認、（B）患者による4桁の暗証番号の入力のいずれかを選択して行う。（本人確認の認証方法A、Bは設定メニューから切り替え可能）

初期設定

ログイン画面



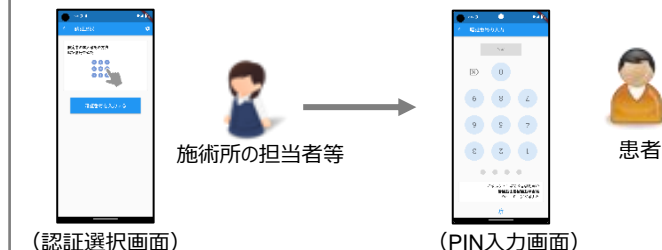
A：目視確認

認証選択を押下し、目視で本人確認を行う



B：4桁の暗証番号入力

施術所の担当者等が認証選択を押下し、患者が4桁の暗証番号を入力する



マイナンバーカードの読み取り

資格情報の確認

- ③ 施術所の担当者等がモバイル端末（又は接続した汎用カードリーダー）を用いて患者のマイナンバーカードを読み取る。

- ④ 資格情報を確認する。

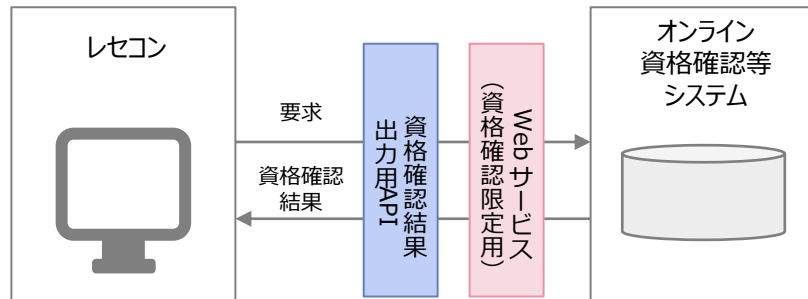


資格確認限定型における資格情報の確認・閲覧について

- 療養費の支給申請書の作成等において資格情報を転記できる機能を実装する（連携機能の実装は令和6年10月予定）。
- レセコンを導入している施術所については、セキュアに実施できる「API連携機能」（＝APIを使った自動連携が可能となる方式）により、オンライン資格確認等システムの資格情報をWebサービスを経由して転記する。
- レセコン未導入の施術所については、資格確認を行った患者の資格情報を、PC又はモバイル端末から事後的にアプリケーション上で閲覧できる。

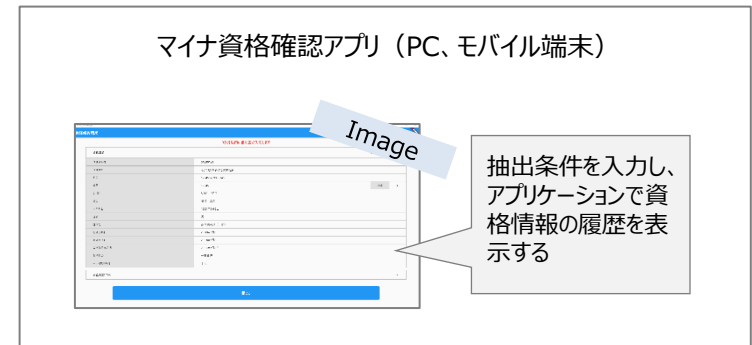
レセコン導入の施術所

- レセコンとAPI連携を行うことで、資格確認結果をレセコンに連携。



レセコン未導入の施術所

- 「マイナ資格確認アプリ」で資格確認を行った患者の資格情報の履歴を閲覧する機能。



- ※ 資格情報のテキストの読み上げ機能を実装
- ※ 閲覧履歴の期間は、今後実務的に検討
- ※ API連携機能や閲覧機能により、資格情報の確認に伴うデータ保存・管理のリスクを回避した仕組み

1. 事業内容

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

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

2. 補助内容

- 基準とする事業額 4.1万円を上限に、実費補助

費用補助となるため、ポータルサイトにアカウントを登録し、申請が必要。

今後のスケジュール (案)

	令和5年度 (2023年度)							令和6年度 (2024年度)						
	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月～
マイルストーン	秋：保険証廃止 ★													
柔整あはき 施術所	準備作業 (モバイル端末、汎用カードリーダーの準備)							オンライン資格確認開始						
				接続・運用テスト (端末の設定、運用テスト等)										
		ポータル開設 ★	アプリケーション リリース (見込み) ★										アプリケーション配信 (データ連携の実装) ★	義務化 ★
通知改正・ 受領委任契約等 の改定			通知改正、協定・契約改定				改正通知 に基づく協定等 ★							

4

4. オンライン資格確認における登録データの 正確性の確保

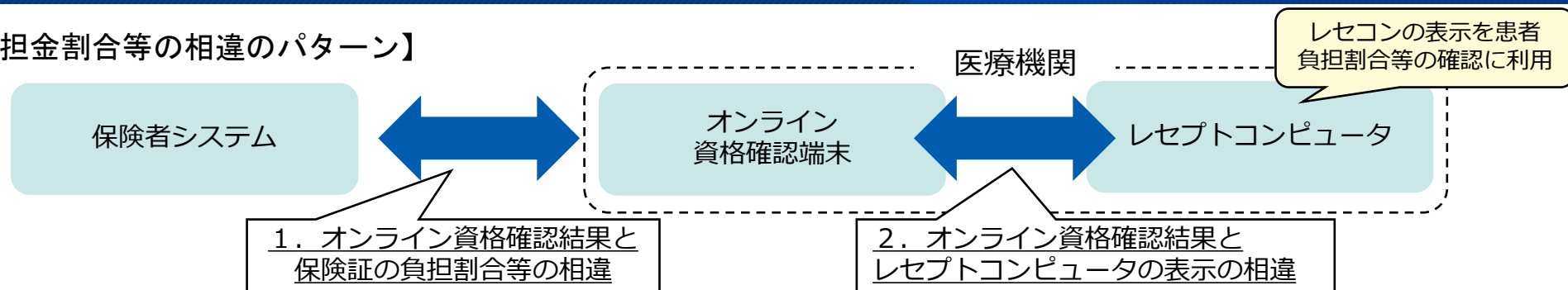
ひと、くらし、みらいのために



厚生労働省
Ministry of Health, Labour and Welfare

本来の負担割合等と表示が異なる事案への対応について

【一部負担金割合等の相違のパターン】



1. オンライン資格確認結果と保険証の負担割合等の相違への対応

(1) 調査概要・分析

○負担割合等の相違が判明し中間サーバー等の負担割合等（※）を修正した事象について、全保険者で調査

合計5,695件

（※）一部負担金の負担割合及び限度額適用区分

※負担割合等の相違が判明した事案は、既に正しい割合等に訂正済

※レセプト審査では保険者が保有しているマスターデータで審査 → **最終的に被保険者は正しい負担割合等で負担**

①正しい事務処理手順が踏まれておらず、システムで防止する仕組みがなかった事象 4,017件該当

- ・新保険証の事前送付後、現行の保険証を再発行した場合に、マニュアルに即した取扱いを行わなかったため、負担割合等の相違が発生
- ・誤った負担割合等を入力した後に訂正した際、誤った負担割合等の情報を無効化しなかったため、システム上、当初入力した誤った負担割合等を表示
- ・負担割合等の変更等により新たな保険証を発行した際、誤った発効期日を設定したことにより、システム上、誤った負担割合等を表示 等

②事務処理手順に関わらず、システムの仕様の問題により発生する事象 1,678件該当

- ・月末に加入届の情報を入力し、所得が分かった翌月の月初に所得情報を入力したケースで、システム上、誤った負担割合等を表示 等

(2)今後の対応

1. 今回の調査で原因が判明した事象への対応

- ・ ①事案 : 今回の調査で判明した事象について、同様の事象が発生しないよう事務処理マニュアルを改訂するなど、正しい事務処理手順を各保険者に徹底【速やかに実施】
- ・ ①②事案: 事務処理誤りやシステムの仕様による負担割合等の表示誤りを防ぐため保険者システムを改修【10月以降順次、原則として今年度中に実施】
調査で判明した事例のパターンについて各保険者で点検【11月末日途】

2. 負担割合等の相違の可能性がある場合における被保険者からの相談対応の構築【9月中】

- ・ 保険者が被保険者からの相談を受け、速やかに本来の負担割合等を確認し、被保険者や医療機関等に伝える仕組みを構築

3. 負担割合等の表示内容をチェックする仕組みの導入【来年夏まで】

- ・ 保険者が保有する情報とオンライン資格確認で表示される情報を突合し、正しく表示されているか保険者がチェックする仕組みを導入

2. オンライン資格確認結果とレセプトコンピュータの表示の相違に係る対応

1. レセプトコンピュータ事業者への要請

- ・ オンライン資格確認等システムのデータと異なる負担割合等が表示される仕様を維持している場合、
①そうした仕様となっている旨を顧客である医療機関等に伝達し、資格確認端末等で負担割合等を確認する必要があることの周知
②当該仕様の改修
を行うよう、レセプトコンピュータ事業者に対して要請済み。

2. 医療機関等での仕様確認の参考のため、対象事業者の公表

- ・ レセプトコンピュータ事業者に対して、自社製品の負担割合等の表示の仕様についてアンケートを行い、アンケート結果も踏まえ、以下の対応を実施済み(9/29)。
①オンライン資格確認等システムからのデータと同期して表示している事業者名を医療機関等向けポータルサイトに公表
②レセプトコンピュータで独自に算定した負担割合等を表示している場合があるが、今後、時期を明示した上で改修を予定している事業者名についても公表
③上記について、改めて医療機関等に周知

負担割合等の相違の可能性がある場合の被保険者からの相談対応

- オンライン資格確認結果と保険証等で負担割合等（※）が相違する事案が生じており、被保険者が支払った一部負担金の割合等が誤っていたのではないかと不安に感じる事が懸念される。
 - **保険者がこうした被保険者からの相談を受け、速やかに本来の負担割合等を確認し、被保険者や医療機関等に伝えることとする。**
- （※）一部負担金の負担割合及び限度額適用区分

対応手順

- （1）被保険者は、**予め設定した保険者の担当窓口**に対して、医療機関等に支払った負担割合等が正しいかどうか相談。
保険者は、本人確認情報（①氏名②生年月日③被保険者番号等）や受診日・医療機関等の名称等を聴取。
- （2）保険者は、**受診日における被保険者の負担割合等について、中間サーバーに登録した情報と保険者システムの情報を確認した上で、以下の対応をとる。**

①誤りがある場合（中間サーバーに登録した情報の誤り）

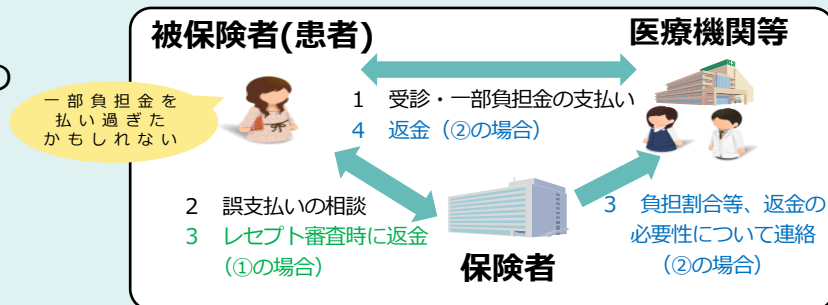
- ・ 中間サーバーに登録したデータを訂正。
- ・ **医療機関等に本来の負担割合等を連絡するとともに、レセプト審査の際に保険者から被保険者へ返金。**
（医療機関等の理解が得られた場合は、一部負担金の過払い分について被保険者への返金を依頼。）
- ・ 医療機関等への連絡結果を踏まえ、被保険者に過払い金の返金の取扱いについて連絡。

②誤りがある場合（中間サーバーに登録した情報の誤りなし（＝レセコン表示の問題等））

- ・ **医療機関等に本来の負担割合等を連絡するとともに、一部負担金の過払い分について被保険者への返金が必要であることを伝達。**
- ・ 医療機関等への連絡結果を踏まえ、被保険者に過払い金の返金の取扱いについて連絡。

③誤りがない場合（古い保険証での受診等）

- ・ 被保険者に誤りがなかったことを伝達。



レセプトコンピュータにおける一部負担金の負担割合及び 限度額適用認定証の適用区分の表示にかかる調査結果

調査結果

○回答状況 : 回答数 102 社 (112 製品)

1. 一部負担金の負担割合の表示について

- ・オンライン資格確認等システムの資格確認結果として返却される「高齢者受給者証一部負担金割合項目」、
「被保険者証一部負担金割合項目」をそのまま使用しているか

・オンライン資格確認の結果をそのまま使用している	59社 (64製品)
・使用している場合と使用しない (独自算定/設定した値を表示) 場合がある ・使用しておらず、常にレセプトコンピュータ上で独自算定/設定した値を表示している 等	47社 (48製品)

※1 レセプトコンピュータの仕様により異なる負担割合が表示される場合がある47社は、その旨を既に医療機関等に周知済み

※2 オンライン資格確認の結果を使用していない47社中22社は早期に改修予定。

2. 限度額認定証の適用区分の表示について

- ・オンライン資格確認等システムの資格確認結果として限度額適用認定証の適用区分が返却された場合、
そのまま使用しているか

・オンライン資格確認の結果をそのまま使用している	76社 (83製品)
・使用している場合と使用しない (独自算定/設定した値を表示) 場合がある ・使用しておらず、限度額適用認定証を確認するように案内する 等	28社 (29製品)

※1 レセプトコンピュータの仕様により異なる適用区分が表示される場合がある28社は、その旨を既に医療機関等に周知済み

※2 オンライン資格確認の結果を使用していない28社中11社は早期に改修予定。

医療機関等向けポータルサイト (<https://www.iryohokenjyoho-portal.jp/>) において、オンライン資格確認の結果を正しく表示しているシステム事業者・製品名を公表中。

健康保険組合における加入者の住所情報の把握について

現状

- 健康保険組合においては、省令（健康保険法施行規則）上、保険者の判断で住所情報の届出を求めないことが許容されているため、加入者の住所情報を保有していない、または資格取得時の住所情報は把握しているものの、転居後の住所情報を保有していない健康保険組合も一定数確認されている。
- 加入者が速やかに医療機関等でオンライン資格確認を受けられるよう、健康保険組合は加入者情報を正確かつ迅速に登録することとされているが、健康保険組合が住民票住所を把握していないと、氏名（漢字・カナ）・生年月日・性別・住所を鍵としたJ-LIS照会を行う際に事前に事業主や本人に対し住所情報の確認が必要となるため、データ登録までに時間を要することとなる。

対応の方向性

- 新規登録データの正確性を確保し、本人に係る事務処理を円滑に進めるため、今後、省令を改正し、全ての健康保険組合が加入者の住民票上の住所情報を把握することを原則とする。

【省令改正のイメージ】（本年12月1日施行予定）

- 資格取得時の健康保険組合による住民票上※の住所情報の把握を必須化（※通知等により明示）**
- 住所変更時については、加入者からの届出またはJ-LIS照会によって住所情報を取得

※ 併せて、事業主・被保険者に対し、被保険者・被扶養者の住所情報とマイナンバーを提出いただきたい旨を周知する。

※ 現在の加入者については、今般の点検作業によりマイナンバーの紐付けの正確性が確認され、住民基本台帳における直近住所をJ-LIS照会で把握できるため、住所情報を保険者が自ら収集することは求めない。

参考資料



(参考) 令和5年度の主な閣議決定

● 経済財政運営と改革の基本方針2023 (令和5年6月16日 閣議決定)

第4章 中長期の経済財政運営

2. 持続可能な社会保障制度の構築

医療DX推進本部において策定した工程表※4に基づき、医療DXの推進に向けた取組について必要な支援を行いつつ政府を挙げて確実に実現する。マイナンバーカードによるオンライン資格確認の用途拡大や正確なデータ登録の取組を進め、2024年秋に健康保険証を廃止する。(略)

※4 「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)。

● デジタル社会の実現に向けた重点計画 (令和5年6月9日 閣議決定)

第3 デジタル社会の実現に向けた戦略・施策

第3-2 各分野における基本的な施策

1. 国民に対する行政サービスのデジタル化

(3) マイナンバーカードの普及及び利用の推進

① マイナンバーカードの健康保険証との一体化に向けた取組

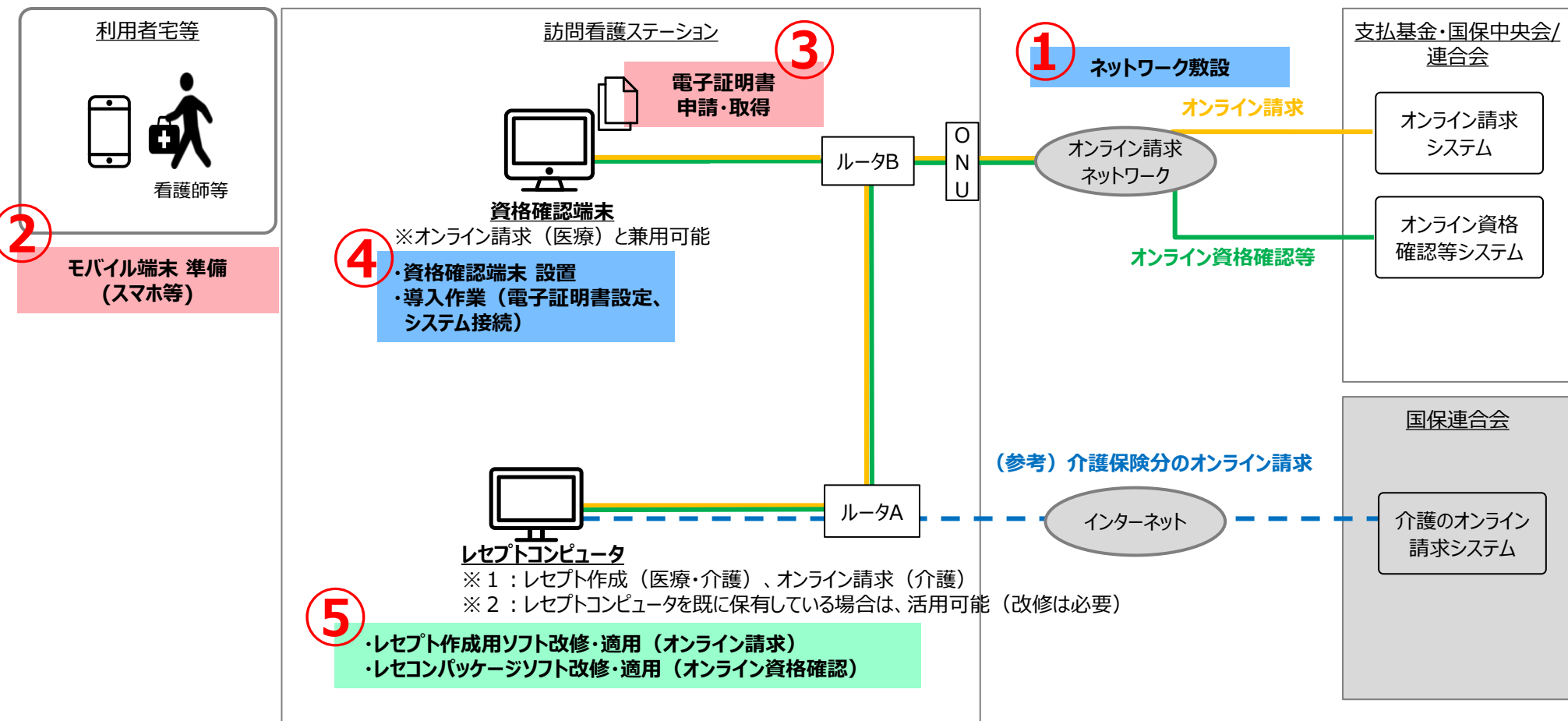
マイナンバーカードと健康保険証の一体化を加速し、2024年(令和6年)秋の健康保険証の廃止に向け、訪問診療・訪問看護等、柔道整復師・あん摩マッサージ師・はり師・きゅう師の施術所等でのオンライン資格確認の構築、マイナンバーカードの機能の搭載によるスマートフォンでの健康保険証利用の仕組みの導入等の取組を進める。また、マイナンバーカードと健康保険証の一体化に関する検討会の取りまとめを踏まえ、マイナンバーカードの申請環境や交付体制の整備に向けた取組を行う。

(略)

導入に向けた作業イメージ（案）

【オンライン資格確認・オンライン請求の開始までの流れ】

- ① 導入支援事業者により、ネットワーク敷設（申込から数週間～1ヶ月程度）。 ※併設する医療機関のネットワークが使える場合は、不要となるケースあり
- ② 訪問看護ステーションが、モバイル端末を準備（既存の業務用端末も活用可能）。
- ③ 訪問看護ステーションが、医療機関等向け総合ポータルサイトから利用申請を行い、電子証明書もダウンロード。
- ④ 導入支援事業者が、資格確認端末（兼オンライン請求用端末）を設置。電子証明書を設定し、システムに接続（令和6年2月より運用テスト可能）。
- ⑤ 介護等レセプトコンピュータ事業者が、改修したソフトを訪問看護ステーションの端末に適用し、動作確認。 ※事業所は予めベンダーにソフト改修・適用予定を確認する





※ 資格確認端末、ネットワーク、電子証明書を、オンライン資格確認とオンライン請求で兼用

凡例： — ネットワーク

ハードウェア システム





導入に向けた準備作業の概要

凡例 オンライン請求 :  マーカー
オンライン資格確認 :  マーカー

1. 見積依頼・発注

1-1 見積依頼

まずは導入支援事業者及び現在契約しているレセプトコンピュータ事業者に相談し、見積依頼を進めてください。(今後、導入支援事業者においてオンライン資格確認の導入パッケージを発売予定)

- ◆主な見積対象
 -  モバイル端末 (スマホ・タブレット)
(マイナカードの読取可のもの。現在お使いの業務端末も併用可)
 -  **オンライン資格確認/オンライン請求**用端末
 -  レセプト作成用端末・ソフト (現在契約しているレセコンのソフト改修)
 -  **オンライン資格確認/オンライン請求**用ネットワーク回線
(IP-VPN接続方式またはIPsec+IKE接続方式)

- < □チェックリスト >
- システム導入状況の確認
 - 見積依頼

1-2 発注


見積内容を確認後、速やかに発注を行ってください。
発注/機器受取後、導入支援事業者等と相談しつつ、導入に向けた準備作業を行ってください。



2. 導入・運用準備

2-1 導入


システムの導入・機器のセットアップ、ネットワークの設定、不正ソフトウェア対策などのセキュリティ対策を実施してください。

- ◆導入準備例
 -  システム導入・機器のセットアップ

- < □チェックリスト >
1. 総合ポータルサイト (※) にて
 - **アカウント登録** ※R6.1~可能予定
 - **オンライン資格確認利用申請**
 - **オンライン請求利用申請**
 - **電子証明書発行申請**
※**オンライン資格確認/オンライン請求**共通です
 2. その後の手続
 - **オンライン資格確認/オンライン請求**システムのセットアップ
 - 運用テスト
- (※) 医療機関等向け総合ポータルサイト
<https://iryohokenjyoho.service-now.com/csm>

2-2 運用準備

受付業務等の変更点を確認し、運用開始に向けた各種準備を行ってください。


- ◆運用準備例
 -  受付業務の確認

- < □チェックリスト >
- 受付業務等の変更点の確認

3. 補助金申請 (導入完了後)

3-1 補助金申請

ポータルサイト等の掲載内容を確認し、補助金の申請を行ってください。

- ◆補助金申請方法
 -  ポータルサイトから申請

- < □チェックリスト >
- 必要書類の受領/準備 (領収書等)
 - 補助金申請
※別途申請方法はご案内します

上記は一般的な準備のステップとなります。各事業所におけるシステムの導入の状況に応じて、準備作業のステップ等が異なることが想定されるため、まずは**導入支援事業者**にご確認ください！



問合せ先のご案内

ご不明な点がございましたら、以下のサポートデスクにお問い合わせをお願いします。お問い合わせ先は、**オンライン資格確認**と**オンライン請求**で異なりますので、ご注意ください。自施設に適した必要な機器や具体的な導入のスケジュール調整などは**導入支援事業者等**へご相談ください。

コールセンター オンライン資格確認等

(医療保険分)
オンライン資格確認の
概要・各種届出書類

導入・準備に係る対応
(例:モバイル端末等)

運用テストに係る対応や
スケジュールの詳細

費用補助
(金額や手続き等)

オンライン資格確認/オン
ライン請求の兼用端末、
ネットワークに係る対応

電子証明書に係る対応

電話



- **営業時間:** 平日8:00~18:00 土曜日8:00~16:00 (いずれも祝日を除く)
- **電話番号:** 0800-080-4583 (通話無料)
※問合せの際には、はじめに訪問看護ステーションコード、訪問看護ステーション名をお伝えいただきますようご協力をお願いいたします。

問い合わせフォーム



- **操作手順**
返信用の連絡先と問い合わせ内容を入力し送信することで、担当者から回答があります。
※回答までに日数を要する場合があります。



アクセスは[こちら](#)

サポートデスク オンライン請求 (訪問看護)

訪問看護レセプト(医療保
険請求分)のオンライン請
求の概要・各種届出書類

導入・準備に係る対応
(例:レセプト作成用端末等)

オンライン請求システムの
セットアップ

メール



- **メールアドレス:** houkan-seikyu-support@qunie.com
※問合せの際には、はじめに訪問看護ステーションの所在都道府県名、訪問看護ステーションコード、訪問看護ステーション名を記載いただきますようご協力をお願いいたします。

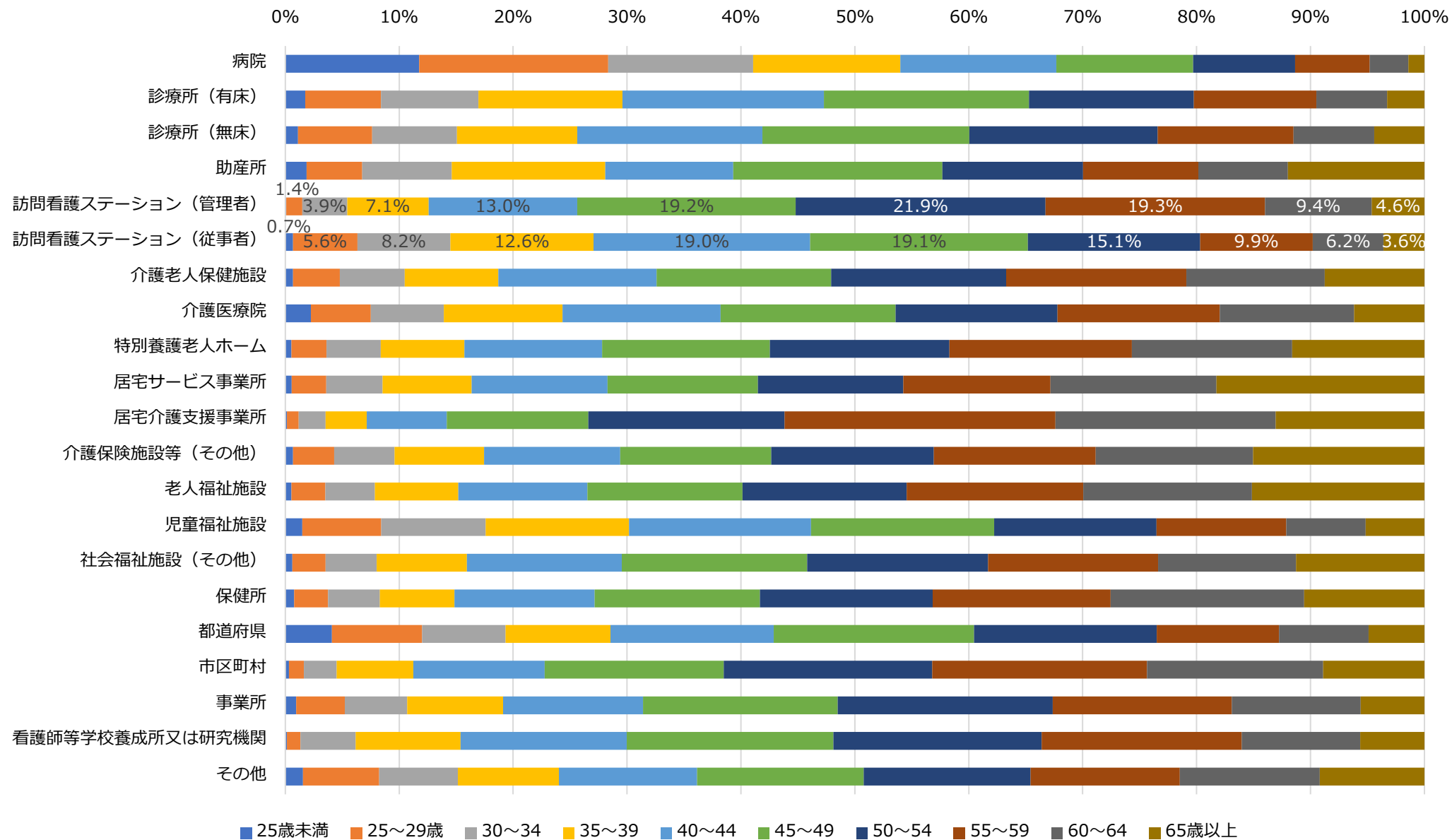
導入支援事業者等（予定）

- 訪問看護ステーションにおけるオンライン資格確認及びオンライン請求の導入に当たっては、まず①オンライン資格確認の導入支援事業者及び②現在契約しているレセプトコンピュータ事業者（※）にご相談ください。
- ※ ①②のどちらの事業者の作業も必要となるため、**双方に連絡**した上で、工事日を同日にするなどの調整等を行うと効率的です。

【導入支援事業者（予定）】 ※順不同

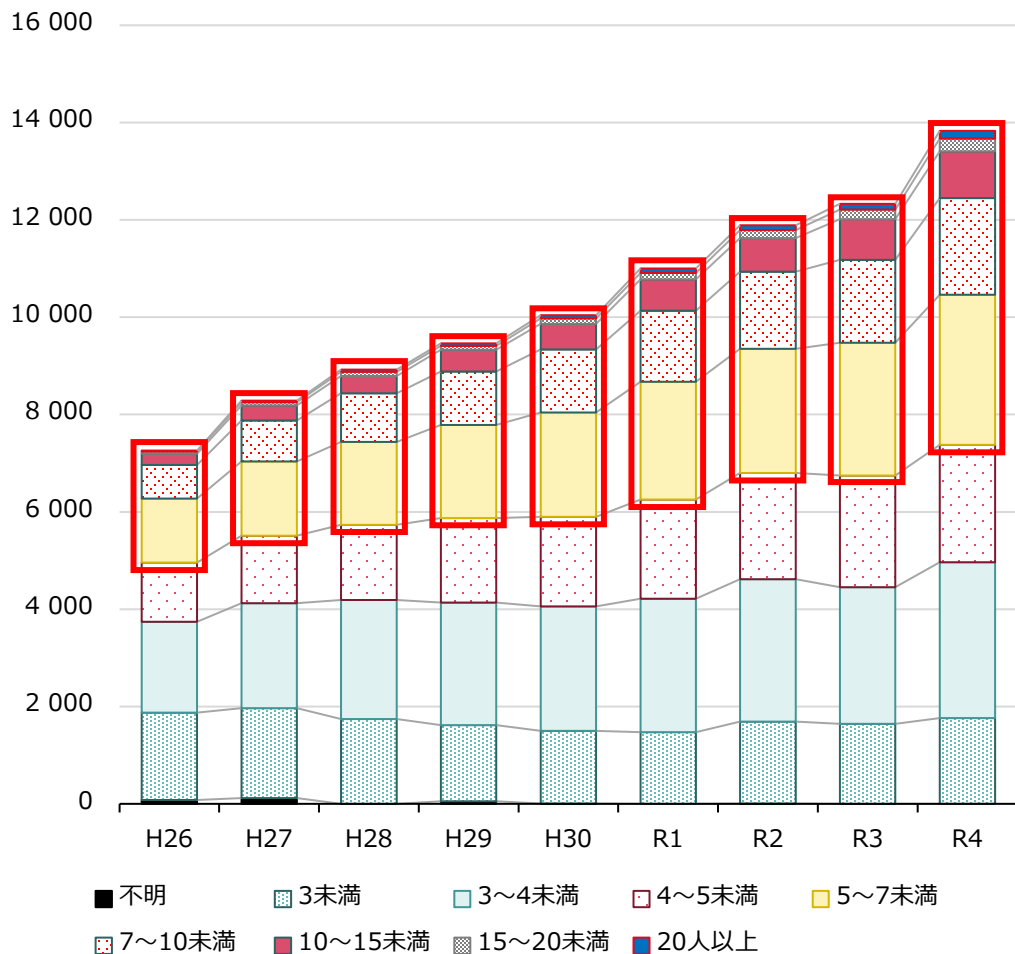
- NTT東日本（東日本電信電話株式会社）
 - NTT西日本（西日本電信電話株式会社）
 - リコージャパン株式会社
 - 株式会社NTTデータ中国
 - 菱洋エレクトロ株式会社
-
- 今後、導入支援事業者においては、**オンライン資格確認を導入するためのパッケージ商品（オンライン資格確認のために必要な資格確認端末の搬入・設定、必要なネットワークの敷設等の必要な対応を一括で支援・提供するサービス）**の販売を開始する予定です。
 - 各社の問い合わせ先についても、追って掲載予定です。

就業場所別の看護師数（実人員・年齢階級別割合）

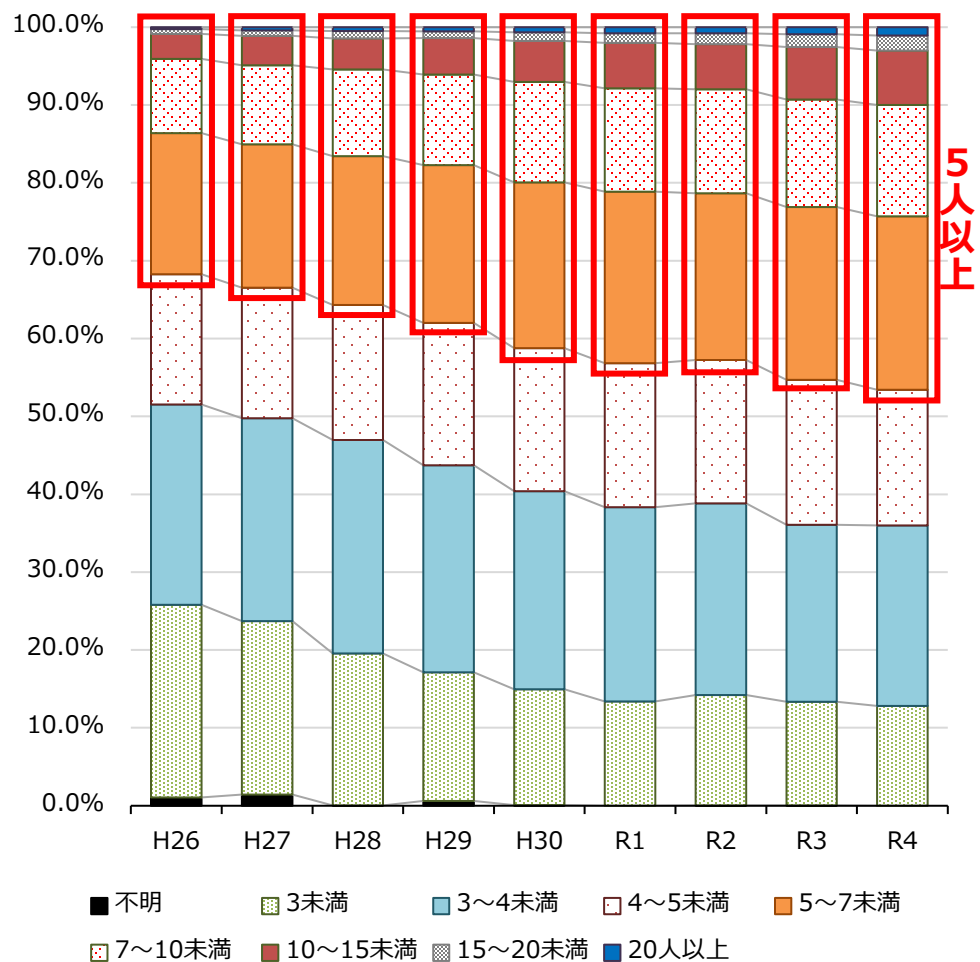


看護職員の規模別の訪問看護ステーション数の推移

■ 看護職員規模別訪問看護ステーション数の推移



■ 看護職員規模の推移



(参考) 保険医療機関・薬局における 電子レセプト請求・オンライン資格確認の経過措置

電子レセプト請求の経過措置	オンライン資格確認の経過措置
<ul style="list-style-type: none"> 電気通信回線設備に障害が発生した場合 	<p>(本則第3条の緊急やむを得ない事由)</p>
<ul style="list-style-type: none"> ベンダーと契約締結したが、導入に必要なシステム整備が未完了の場合 	<ul style="list-style-type: none"> 令和5年2月までにベンダーと契約締結したが、導入に必要なシステム整備が未完了の保険医療機関、薬局（システム整備中）
	<ul style="list-style-type: none"> オン資に接続可能な光回線のネットワーク環境が整備されていない保険医療機関、薬局（ネットワーク環境事情）
	<ul style="list-style-type: none"> 訪問診療のみを提供する保険医療機関
<ul style="list-style-type: none"> 改築工事中、臨時施設で診療等を行っている場合 	<ul style="list-style-type: none"> 改築工事中、臨時施設の保険医療機関、薬局
<ul style="list-style-type: none"> 廃止・休止に関する計画を定めている場合 	<ul style="list-style-type: none"> 廃止・休止に関する計画を定めている保険医療機関、薬局
<ul style="list-style-type: none"> その他特に困難な事情がある場合 	<ul style="list-style-type: none"> その他特に困難な事情がある保険医療機関・薬局 ※ 例外措置又は上記の類型と同視できるか個別判断

(医療DX工程表について)

- 医療DXに関しては、「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)がとりまとめられたところ。
- 工程表においては、全国医療情報プラットフォームに関し、2024年度中の電子処方箋の普及に努めるとともに、電子カルテ情報共有サービス(仮称)を構築し、共有する情報を拡大。併せて、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マイナンバーカードを利用した情報連携を実現するとともに、次の感染症危機にも対応することとされている。
- 2024年度に医療機関等の各システム間の共通言語となるマスタ及びそれを活用した電子点数表を改善・提供して共通コストを削減、2026年度には、共通算定モジュールを本格的に提供し、共通算定モジュール等を実装した標準型レセコンや標準型電子カルテの提供により、医療機関等のシステムを抜本的に改革し、医療機関等の間接コストを極小化することとされている。
- 診療報酬改定の施行時期の後ろ倒しに関しては、実施年度及び施行時期について、中央社会保険医療協議会の議論を踏まえて検討とされているところ。

(診療報酬改定DXに対応するための施行の後ろ倒しについて)

- これまで診療報酬改定に伴い、答申や告示から施行、初回請求までの期間が短く、医療機関・薬局等及びベンダの業務が逼迫し、大きな負担がかかっている。
- 今後は、施行の時期を後ろ倒しし、共通算定モジュールを導入することで、負担の平準化や業務の効率化を図る必要がある。

【論点】



- 診療報酬改定DXの推進に向け、医療機関・薬局等やベンダの集中的な業務負荷を平準化するため、令和6年度診療報酬改定より施行時期を6月1日施行とすることとしてはどうか。
- また、薬価改定の施行に関しては例年通り4月1日に改定とすることとしてはどうか。

マイナンバーカードと健康保険証の一体化のメリット

① 本人の受診履歴に基づく質の高い医療を実現

- ・ マイナンバーカードによるオンライン資格確認では、患者自身の**直近の資格情報を確認**ことができ、また、**本人の同意に基づき、過去の薬剤情報や特定健診情報等をその医療機関・薬局に提供**することができる
- ・ 患者にとっては、自身のこれまでの薬剤服用歴等を正確かつ網羅的に**医師等に説明する手間を省きつつ**、過去の健康・医療データに基づいたより適切な医療を受けることができる（**重複投薬・併用禁忌の防止**など）
- ・ 医療機関・薬局にとっては、患者から**問診票等で聞き取るよりも正確かつ効率的に**、患者の過去の薬剤情報、特定健診情報等を確認できるようになり、より**正確な情報に基づく適切な医療**を提供することができる

② 医療機関、保険者等における効率的な医療システムの実現

- ・ 従来の保険証では、医療機関・薬局や保険者にとっては、**手作業による事務負担や誤記リスク、なりすましによる受診などのリスク**が残る。一方、マイナンバーカードの機能により、顔認証等による**確実な本人確認と資格確認を同時に行うことができる**
- ・ 医療機関等にとっては、レセプトの返戻を回避し、スタッフの確認事務が減少するとともに、**未収金の減少**にも繋がる
- ・ 保険者にとっては、加入者全員に発行している保険証や申請に基づき発行する高額療養費の限度額認定証の**発行事務が減少**するほか、資格喪失後の保険証の使用等による**過誤請求に係る事務処理負担が減少**
- ・ 患者にとっては、限度額認定証等がなくても、高額療養費制度における**限度額を超える支払が免除**

医療機関・薬局におけるオンライン資格確認の導入状況

(2023/9/24時点)

1. 保険医療機関・薬局全体

準備完了施設数

208,154施設 **(90.7%)** ,

運用開始施設数

198,182施設 **(86.3%)**

(参考) 全施設数 229,528施設

(注1) 顔認証付きカードリーダー申込数は211,832施設 (92.3%)

全施設数に対する割合

	準備完了施設数	運用開始施設数	(参考) 全施設数
病院	97.9%	94.8%	8,163
医科診療所	90.0%	84.2%	89,734
歯科診療所	86.3%	81.1%	69,951
薬局	95.8%	94.3%	61,680

2. 義務化対象施設 (令和4年度末時点施設)

準備完了施設数

203,522施設 **(96.9%)** ,

運用開始施設数

194,201施設 **(92.5%)**

(参考) 義務化対象施設数 209,940施設

(注2) 顔認証付きカードリーダー申込数は207,404施設 (98.8%)

(注3) 義務化対象施設に対する割合は、オンライン資格確認が義務化された令和5年4月1日時点までに

導入又は経過措置の届出が求められた医療機関・薬局(支払基金へのレセプト請求ベース)を対象として算出。

義務化対象施設数に対する割合

	準備完了施設数	運用開始施設数	(参考) 全施設数
病院	98.5%	95.5%	8,076
医科診療所	96.6%	90.6%	81,871
歯科診療所	95.3%	89.7%	61,337
薬局	99.0%	97.6%	58,656

【参考：健康保険証の利用の登録】

69,022,959件 カード交付枚数に対する割合 **72.0%**

【参考：マイナンバーカード申請・交付状況】

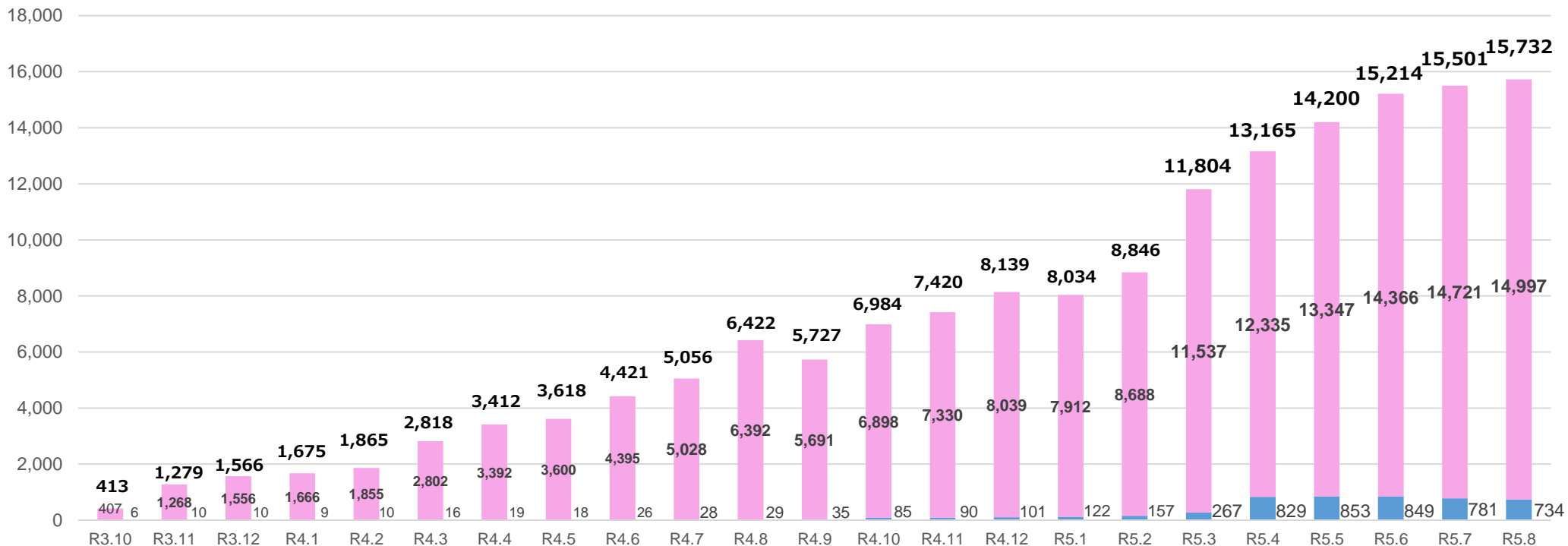
有効申請枚数： 約9,813万枚 (人口比：78.2%)
交付実施済数： 約9,587万枚 (人口比：76.4%)

オンライン資格確認の利用状況①

○ 本格運用開始から令和5年8月末までの期間で、オンライン資格確認等システムを活用した資格確認が約16.4億件行われた。そのうちマイナンバーカードによるもの：約5,100万件、保険証によるもの：約15,8億件であり、合計約16,4億件。（一括照会によるもの：約2.1億件）

■ 運用開始施設における資格確認の利用件数

■ マイナンバーカード（万件） ■ 保険証（万件）



【8月分の内訳】

	合計 (件)	マイナンバーカード (件)	保険証 (件)
病院	9,723,199	1,071,399	8,651,800
医科診療所	63,283,146	3,670,058	59,613,088
歯科診療所	10,695,030	1,104,843	9,590,187
薬局	73,619,613	1,503,312	72,116,301
総計	157,320,988	7,349,612	149,971,376

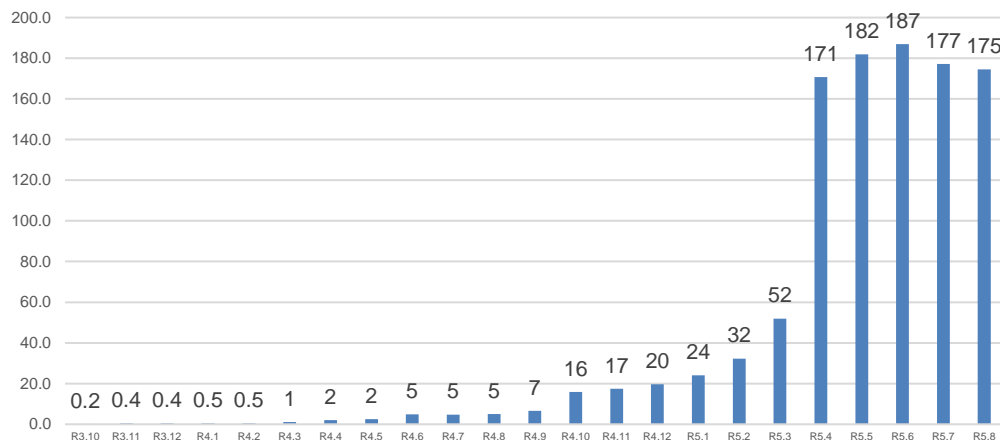
一括照会 (件)
13,117,752
1,252,440
3,592,682
50,805
18,013,679

※ 一括照会：医療機関等が事前に予約患者の保険資格が有効かどうか等、オンライン資格確認等システムに一括して照会すること

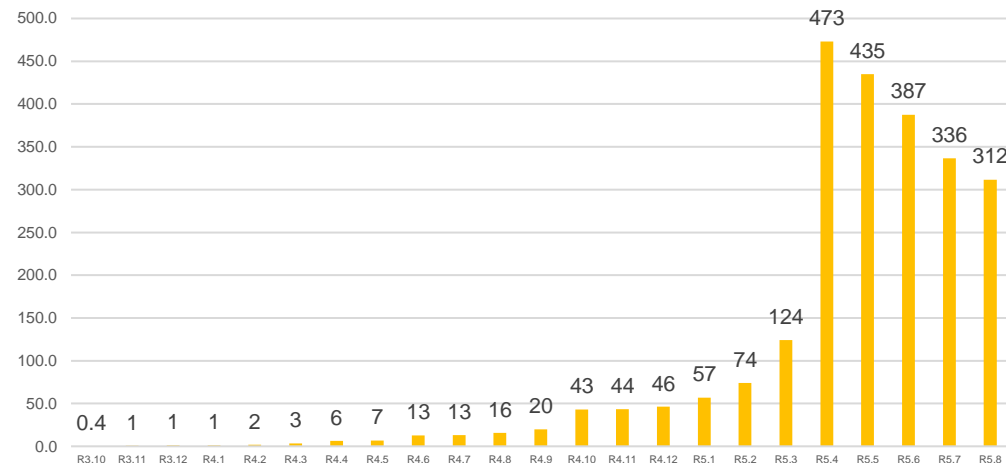
オンライン資格確認の利用状況②

■ 診療/薬剤・特定健診等情報閲覧の利用件数 ※ マイナンバーカードを持参した患者で特定健診等情報、薬剤情報の閲覧に同意をし、医療機関・薬局が利用した件数

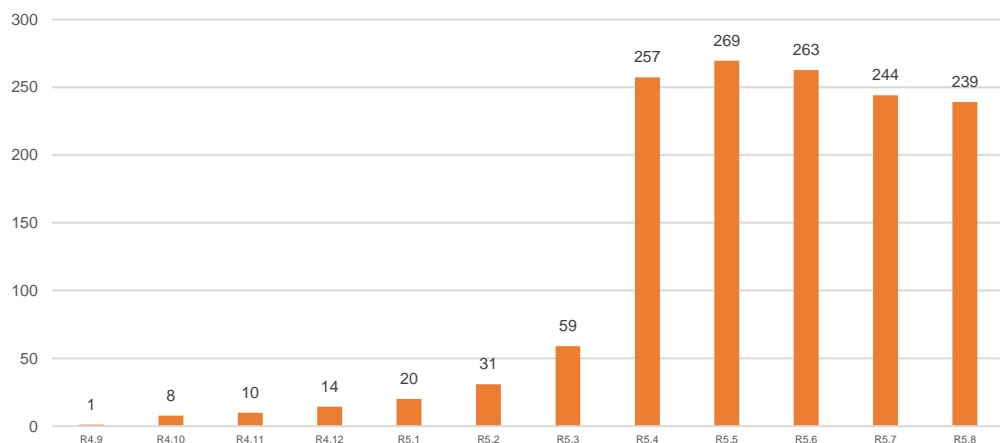
特定健診情報閲覧の利用件数（万件）



薬剤情報閲覧の利用件数（万件）



診療情報閲覧の利用件数（万件）



※ 令和5年7月、8月分の薬剤情報の利用件数は、一部の薬歴管理用のソフトウェアについて、薬剤情報の閲覧時に、複数回のアクセスが発生する不具合が生じていたことから、過剰に閲覧された件数を差し引いて計算

【8月分の内訳】

	特定健診等情報（件）	薬剤情報（件）	診療情報（件）
病院	99,740	247,099	246,921
医科診療所	1,299,387	2,030,235	1,676,557
歯科診療所	80,193	258,653	47,038
薬局	266,040	579,589	420,204
総計	1,745,360	3,115,576	2,390,720

都道府県別の運用開始状況（施設類型別・9月17日時点）

	病院	医科診療所	歯科診療所	薬局
①	秋田 (100.0%)	福井 (91.3%)	宮崎 (92.2%)	島根 (98.5%)
②	新潟 (99.2%)	山形 (90.7%)	福井 (91.2%)	宮崎 (97.8%)
③	岩手 (98.9%)	青森 (90.1%)	岩手 (91.0%)	青森 (97.2%)
④	鹿児島 (98.7%)	宮崎 (89.7%)	富山 (88.5%)	秋田 (96.9%)
⑤	山形 (98.5%)	石川 (89.5%)	山形 (88.2%)	熊本 (96.9%)

④③	高知 (92.4%)	愛媛 (79.1%)	大阪 (78.5%)	栃木 (92.0%)
④④	沖縄 (92.0%)	沖縄 (78.6%)	神奈川 (76.7%)	京都 (92.0%)
④⑤	埼玉 (90.6%)	京都 (78.2%)	千葉 (75.9%)	群馬 (91.7%)
④⑥	神奈川 (87.9%)	島根 (77.8%)	東京 (72.5%)	福井 (91.2%)
④⑦	東京 (87.1%)	東京 (75.9%)	沖縄 (70.9%)	沖縄 (91.1%)
合計	94.4%	83.4%	80.4%	94.2%

保険者別のマイナ保険証利用状況（2023年8月実績）

マイナ保険証利用割合 = マイナ保険証利用件数 ÷ オンライン資格確認利用件数

全国健康保険協会/健康保険組合

	保険者名	マイナ保険証 利用割合	加入者数
1	社会保険支払基金健康保険組合	13.7%	7,167
2	B I P R O G Y 健康保険組合	12.0%	17,014
3	P H C 健康保険組合	11.7%	11,138
4	佐賀銀行健康保険組合	10.2%	3,444
5	鹿児島県信用金庫健康保険組合	10.1%	2,301

共済組合

	保険者名	マイナ保険証 利用割合	加入者数
1	厚生労働省共済組合東海北陸厚生局支部	13.0%	612
2	地方職員共済組合鹿児島県支部	12.4%	13,859
3	厚生労働省第二共済組国立療養所栗生 楽泉園所属所	12.3%	216
4	文部科学省共済組合鹿屋体育大学支部	12.1%	327
5	厚生労働省共済組合鹿児島労働局支部	12.1%	1,308

後期高齢者医療広域連合

	保険者名	マイナ保険証 利用割合	加入者数
1	北海道後期高齢者医療広域連合（礼文町）	32.4%	425
2	奈良県後期高齢者医療広域連合 （上北山村）	28.7%	139
3	北海道後期高齢者医療広域連合 （上富良野町）	23.1%	1,952
4	北海道後期高齢者医療広域連合（津別町）	21.1%	1,114
5	北海道後期高齢者医療広域連合（愛別町）	20.0%	706

市町村国保

	保険者名	マイナ保険証 利用割合	加入者数
1	北海道 礼文町	33.3%	831
2	奈良県 黒滝村	26.9%	175
3	奈良県 上北山村	26.2%	91
4	東京都 小笠原村	25.7%	878
5	北海道 津別町	24.6%	1,041

国民健康保険組合

	保険者名	マイナ保険証 利用割合	加入者数
1	香川県医師国民健康保険組合	16.9%	1,213
2	鳥取県医師国民健康保険組合	16.1%	1,053
3	富山県医師国民健康保険組合	15.8%	1,293
4	島根県医師国民健康保険組合	15.4%	1,821
5	鹿児島県歯科医師国民健康保険組合	15.1%	4,251

（参考）

制度	マイナ保険証利用割合
全国健康保険協会	4.23%
健康保険組合	4.14%
市町村国保	5.76%
国民健康保険組合	4.80%
共済組合	4.54%
後期高齢者医療広域連合	2.89%
合計	4.16%

令和6年度診療報酬改定の基本方針の検討について

厚生労働省 保険局

Ministry of Health, Labour and Welfare of Japan

令和6年度診療報酬改定の基本方針の検討について

- これまでの「診療報酬改定の基本方針」においては、①改定に当たっての基本認識に続いて、②改定の基本的視点と具体的な方向性を示している。
- 令和6年度改定においても、これまでの基本方針の構成をベースとしつつ、近年の社会情勢・医療を取り巻く状況を踏まえたものとしてはどうか。その際、改定に当たっての基本認識や各視点の具体的な検討の方向について、どのようなものが考えられるか。

① 改定に当たっての基本認識

「基本認識」の例	考える記載
<p>(例) 物価高騰・賃金上昇、経営の状況、人材確保の必要性、患者負担・保険料負担の影響を踏まえた対応</p>	<p>(例)</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 物価高騰・賃金上昇、経営の状況、支え手が減少する中での人材確保の必要性、患者負担・保険料負担への影響を踏まえ、患者が必要なサービスが受けられるよう、必要な対応を行う
<p>(例) 全世代型社会保障の実現や、医療・介護・障害福祉サービスの連携強化、新興感染症等への対応など医療を取り巻く課題への対応</p>	<p>(例)</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 75歳以上人口の増加と生産年齢人口の減少という人口構造の変化に対応した「全世代型社会保障」を構築する ● 6年に一度の診療報酬、介護報酬及び障害福祉サービス等報酬の同時改定であることを踏まえ、ポスト2025年のあるべき医療・介護の提供体制を見据え、「治し、支える」医療や個別ニーズに寄り添った介護が地域で完結して受けられるようにする ● 新型コロナウイルス対策の経験を踏まえ、新興感染症等に対応できる医療提供体制を構築
<p>(例) 医療DXやイノベーションの推進等による質の高い医療の実現</p>	<p>(例)</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 医療DXを推進し、医療情報の有効活用や医療機関等間の連携を進め、質の高い医療を実現 ● 医療分野のイノベーションを推進し、創薬力・開発力を維持・強化
<p>(例) 社会保障制度の安定性・持続可能性の確保、経済・財政との調和</p>	<p>(例)</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 「経済財政運営と改革の基本方針 2023」等に沿った対応を行う

令和6年度診療報酬改定の基本方針の検討について

② 改定の基本的視点と具体的方向性

「基本的視点」の例と「具体的方向性」の例における記述は、前回の議論や中央社会保険医療協議会での議論を参考に整理している。

「基本的視点」の例	「具体的方向性」の例
<p>(例) ポスト2025を見据えた地域包括ケアシステムの深化・推進や医療DXを含めた医療機能の分化・強化、連携の推進</p>	<p>(例)</p> <ul style="list-style-type: none">医療DXの推進による医療情報の有効活用、遠隔医療の推進生活に配慮した医療の推進など地域包括ケアシステムの深化・推進のための取組リハビリテーション、栄養管理及び口腔管理の連携・推進地域医療構想・地域包括ケアを踏まえた医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価新興感染症等に対応できる医療提供体制の構築に向けた取組かかりつけ医、かかりつけ歯科医、かかりつけ薬剤師の機能の評価
<p>(例) 現下の雇用情勢を踏まえた人材確保・働き方改革等の推進</p>	<p>(例)</p> <ul style="list-style-type: none">医療従事者の人材確保や賃上げに向けた取組働き方改革に向けての取組の推進
<p>(例) 安心・安全で質の高い医療の推進</p>	<p>(例)</p> <ul style="list-style-type: none">食材料費をはじめとする物価高騰を踏まえた対応アウトカムにも着目した評価の推進重点的な対応が求められる分野への適切な評価（小児医療、周産期医療等）口腔疾患の重症化予防、口腔機能低下への対応の充実、生活の質に配慮した歯科医療の推進薬局の地域におけるかかりつけ機能に応じた適切な評価、薬局・薬剤師業務の対物中心から対人中心への転換の推進、病棟薬剤師業務の評価医薬品産業構造の転換も見据えたイノベーションの適切な評価や医薬品の安定供給の確保等
<p>(例) 効率化・適正化を通じた医療保険制度の安定性・持続可能性の向上</p>	<p>(例)</p> <ul style="list-style-type: none">後発医薬品やバイオ後続品の使用促進、長期収載品等の在り方費用対効果評価制度の活用市場実勢価格を踏まえた適正な評価

(参考) 過去の診療報酬改定の基本方針 (基本認識・基本的視点)

	平成28年度改定基本方針 (2015年12月7日)	平成30年度改定基本方針 (2017年12月11日)	令和2年度改定基本方針 (2019年12月10日)	令和4年度改定基本方針 (2021年12月10日)
基本認識	<ul style="list-style-type: none"> ➢ 超高齢社会における医療政策の基本方向 ➢ 地域包括ケアシステムと効果的・効率的で質の高い医療提供体制の構築 ➢ 経済成長や財政健全化との調和 	<ul style="list-style-type: none"> ➢ 人生100年時代を見据えた社会の実現 ➢ どこに住んでいても適切な医療・介護を安心して受けられる社会の実現(地域包括ケアシステムの構築) ➢ 制度の安定性・持続可能性の確保と医療・介護現場の新たな働き方の推進 	<ul style="list-style-type: none"> ➢ 健康寿命の延伸、人生100年時代に向けた「全世代型社会保障」の実現 ➢ 患者・国民に身近な医療の実現 ➢ どこに住んでいても適切な医療を安心して受けられる社会の実現、医師等の働き方改革の推進 ➢ 社会保障制度の安定性・持続可能性の確保、経済・財政との調和 	<ul style="list-style-type: none"> ➢ 新興感染症等にも対応できる医療提供体制の構築など医療を取り巻く課題への対応 ➢ 健康寿命の延伸、人生100年時代に向けた「全世代型社会保障」の実現 ➢ 患者・国民に身近であって、安心・安全で質の高い医療の実現 ➢ 社会保障制度の安定性・持続可能性の確保、経済・財政との調和
基本的視点	地域包括ケアシステムの推進と医療機能の分化・強化、連携に関する視点【重点課題】	地域包括ケアシステムの構築と医療機能の分化・強化、連携の推進【重点課題】	医療従事者の負担軽減、医師等の働き方改革の推進【重点課題】	新型コロナウイルス感染症等にも対応できる効果的・効果的で質の高い医療提供体制の構築【重点課題】
	患者にとって安心・安全で納得できる効果的・効率的で質の高い医療を実現する視点	新しいニーズにも対応でき、安心・安全で納得できる質の高い医療の実現・充実	患者・国民にとって身近であって、安心・安全で質の高い医療の実現	安心・安全で質の高い医療の実現のための医師等の働き方改革等の推進【重点課題】
	重点的な対応が求められる医療分野を充実する視点	医療従事者の負担軽減、働き方改革の推進	医療機能の分化・強化、連携と地域包括ケアシステムの推進	患者・国民にとって身近であって、安心・安全で質の高い医療の実現
	効率化・適正化を通じて制度の持続可能性を高める視点	効率化・適正化を通じた制度の安定性・持続可能性の向上	効率化・適正化を通じた制度の安定性・持続可能性の向上	効率化・適正化を通じた制度の安定性・持続可能性の向上

「経済財政運営と改革の基本方針2023」等関連事項について

厚生労働省 保険局

Ministry of Health, Labour and Welfare of Japan

1. 「経済財政運営と改革の基本方針2023」等における記載事項



2. 持続可能な社会保障制度の構築

創薬力強化に向けて、革新的な医薬品、医療機器、再生医療等製品の開発強化、研究開発型のビジネスモデルへの転換促進等を行うため、保険収載時を始めとする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、全ゲノム解析等に係る計画²⁵⁸の推進を通じた情報基盤²⁵⁹の整備や患者への還元等の解析結果の利活用に係る体制整備、大学発を含むスタートアップへの伴走支援、臨床開発・薬事規制調和に向けたアジア拠点の強化、国際共同治験に参加するための日本人データの要否の整理、小児用・希少疾病用等の未承認薬の解消に向けた薬事上の措置と承認審査体制の強化等を推進する。これらにより、ドラッグラグ・ドラッグロスの問題に対応する。さらに、新規モダリティへの投資や国際展開を推進するため、政府全体の司令塔機能の下で、総合的な戦略を作成する。**医療保険財政の中で、こうしたイノベーションを推進するため²⁶⁰、長期収載品²⁶¹等の自己負担の在り方の見直し、検討を進める。**大麻に関する制度を見直し、大麻由来医薬品の利用等に向けた必要な環境整備を行うほか、OTC医薬品・OTC検査薬の拡大に向けた検討等によるセルフメディケーションの推進、バイオシミラーの使用促進等、医療上の必要性を踏まえた後発医薬品を始めとする医薬品の安定供給確保、後発医薬品の産業構造の見直し、プログラム医療機器の実用化促進に向けた承認審査体制の強化を図る。また、総合的な認知症施策を進める中で、認知症治療の研究開発を推進する。献血への理解を深める²⁶²とともに、血液製剤²⁶³の国内自給、安定的な確保及び適正な使用の推進を図る。

258 「全ゲノム解析等実行計画2022」（令和4年9月30日厚生労働省）。

259 マルチオミックス（網羅的な生体分子についての情報）解析の結果と臨床情報を含む。

260 GDPに占める日本の医薬品等の支出は他の先進国よりも高い一方、世界の医療用医薬品の販売額における日本国内の販売額のシェアは低下しており、こうした状況の中で国民負担の軽減とイノベーションの推進を両立する観点から、中長期的な薬剤費の在り方の議論も含めて、取組を進める必要がある。

261 後発医薬品への置換えは数量ベースで約8割に達しようとしているが、金額ベースでは約4割と諸外国と比較しても低い水準。

262 小中学校現場での献血推進活動を含む。

263 輸血用血液製剤及びグロブリン製剤、フィブリノゲン製剤等血漿分画製剤。

医薬品の迅速・安定供給実現に向けた総合対策に関する有識者検討会報告書 (令和5年6月9日 とりまとめ) (主な箇所抜粋①)

第2章 医薬品の迅速・安定供給実現に向けた対策の方向性

2.2 創薬力の強化、ドラッグ・ラグ/ドラッグ・ロスの解消

2.2.1 創薬力の強化

(革新的創薬に向けた研究開発への経営資源の集中化)

- 研究開発型企業においては、革新的創薬に向けた研究開発への経営資源の集中化を図るべきであり、特許期間中の新薬の売上で研究開発費の回収を行うビジネスモデルへの転換を促進するため、薬価制度の見直し等を行うことが必要である。
- 第1章に記載のとおり(※)、長期収載品については、今なお諸外国と比べその使用比率が高くなっていること等を踏まえ、長期収載品による収益への依存から脱却するため、原則として後発品への置換えを引き続き進めていくべきである。
- その際、後発品への置換えが数量ベースで約8割、金額ベースでは約4割となるものの、近年は横ばいの状態が続いていることを踏まえると、更なる置換え促進には、これまでと異なるアプローチを検討することが必要である。
- こうした点を踏まえ、新薬の研究開発に注力する環境を整備する観点や、長期収載品の様々な使用実態(抗てんかん薬等での薬剤変更リスクを踏まえた処方、薬剤工夫による付加価値等への選好等)に応じた評価を行う観点から、選定療養の活用や現行の後発品への置換え率に応じた薬価上の措置の見直しを含め、適切な対応について、検討すべきである。

(※) 第1章の記載(該当箇所のみ抜粋)

- これまで政府においては、長期収載品に依存しない企業を育成するため、薬価制度において後発品の置換え状況に応じて長期収載品の薬価を引き下げること、研究開発型のビジネスモデルへの転換を促すとともに、長期収載品から後発品への置換え政策を推進してきた。
- この結果、後発品への置換えは数量ベースで目標である約8割に達しようとしているが、金額ベースでは約4割と諸外国と比較しても低い水準にあり、先発品企業は、依然として長期収載品による収益に依存した体質から抜け切れていない状況にあると考えられる。
- この点については、後発品への置き換わりが進まない長期収載品を詳細に分析すると、先発品企業による長期収載品の収益への依存のほか、例えば、治療ガイドライン上で後発品への切り替えが推奨されていないといった理由により長期収載品が継続的に使用されていること、患者自身が企業努力によって創出された薬剤の使用感等の付加価値を選好することや、医療費助成制度等の存在により後発品を選ぶインセンティブが働かない場合があること等によって、長期収載品が使用されているといった事情もあると考えられる。

医薬品の迅速・安定供給実現に向けた総合対策に関する有識者検討会報告書 (令和5年6月9日 とりまとめ) (主な箇所抜粋②)

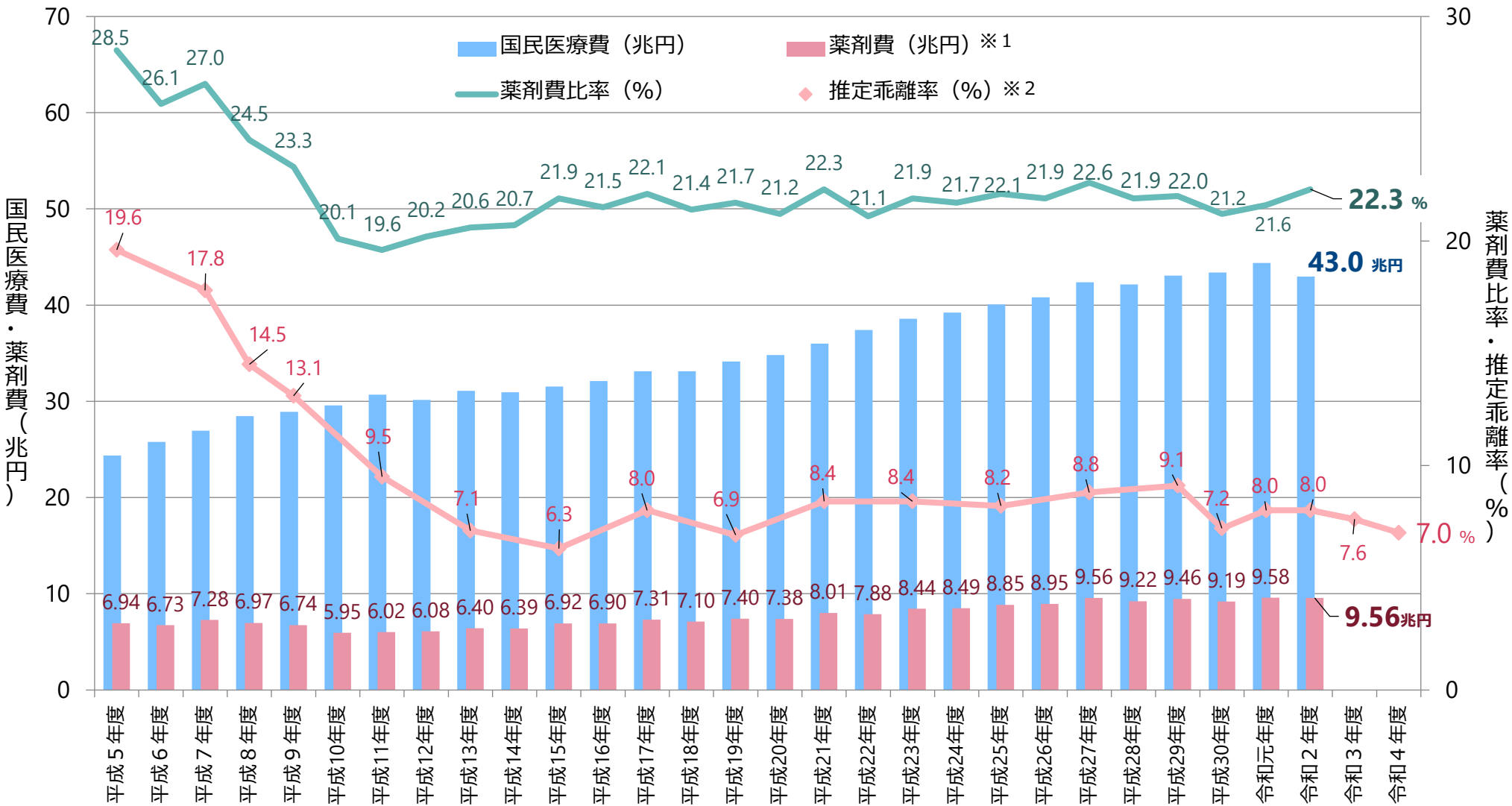
その他の課題

- 本検討会においては、前述のほか、以下のような意見があった。
- ・ 今後、医療保険制度の下、医薬品の安定供給を確保するとともに、研究開発型のビジネスモデルへの転換を促進し、創薬力の強化、ドラッグ・ラグ、ドラッグ・ロスの解消に向けて、新薬創出等加算の在り方を含め、革新的な医薬品の評価の改善等、薬価上の対応を行うに当たっては、以下のような本検討会における指摘について、必要な措置を講ずるべき。
 - ▶ 長期収載品について、現行の後発品への置換え率に応じた薬価上の措置を見直すべきではないか。
 - ▶ 後発品への置換えが進んでいない長期収載品については、様々な使用実態（抗てんかん薬等での薬剤変更リスクを踏まえた処方、製剤工夫による付加価値を踏まえた選好等）や安定供給の確保を考慮しつつ、選定療養の活用など、後発品の使用促進に係る経済的インセンティブとしての患者負担の在り方について、議論が必要ではないか。
 - ▶ 長期収載品以外の医薬品を含めて、薬剤一般について軽度の負担を広く求めるべきではないか。

2. 医薬品等に係る現状



国民医療費、薬剤費等の推移



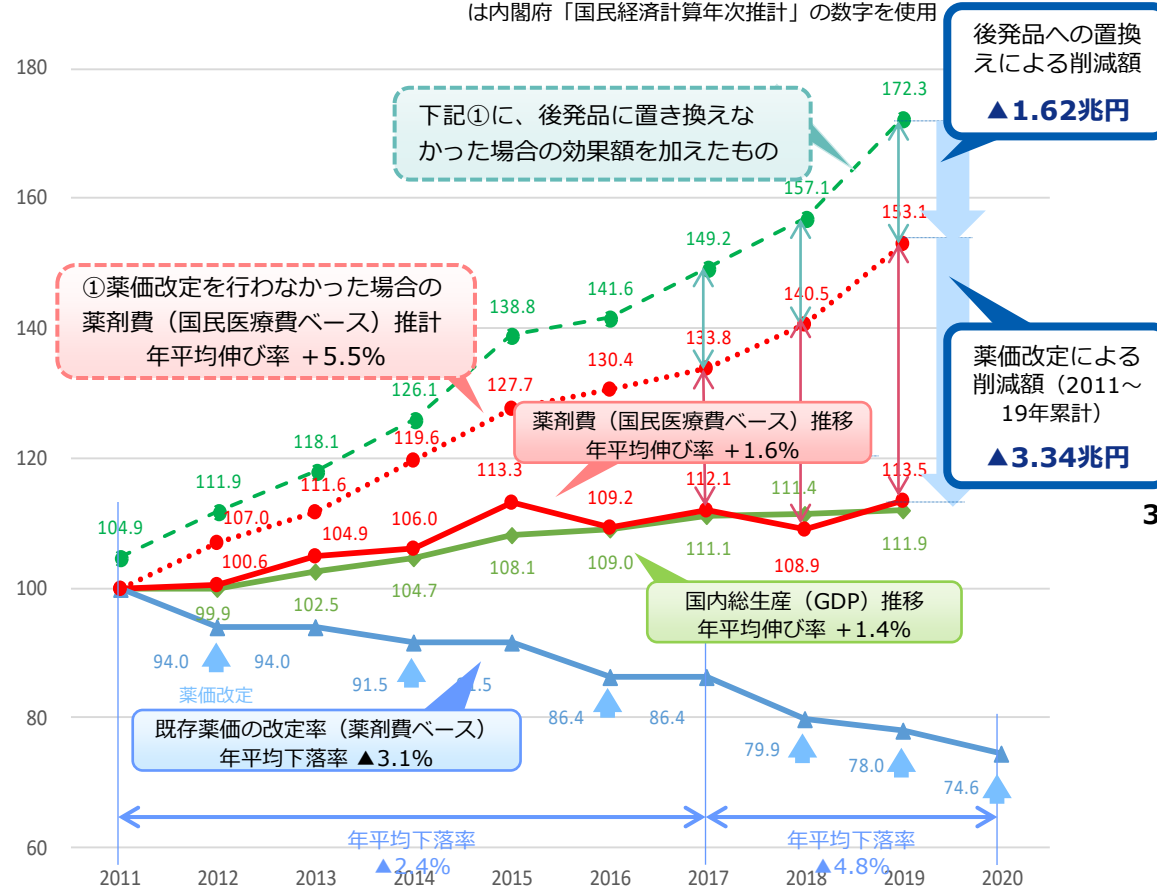
※1 薬剤費には、DPCを始めとする薬剤費が包括して算定される場合は含まれていない。
 ※2 薬価調査で得られた平均乖離率をその年度の推定乖離率としている。
 令和元年度の推定乖離率は、平成30年4月の薬価に対する乖離を示す。

薬剤費に及ぼす薬価改定等の影響分析

- 2011～2019年の薬剤費成長率は、仮に薬価改定しなかった場合の状況において年平均5.5%増と見込まれたところ、隔年の薬価改定により、年平均1.6%増に抑制。
- ※ 2018年以降は毎年の薬価改定により、年平均下落率は、それ以前の▲2.4%（2011～17年）から▲4.8%（2017～20年）と2倍に増加
- 加えて、長期収載品の適正化や、後発品の使用促進等により薬剤費の伸びは更に抑えられている。

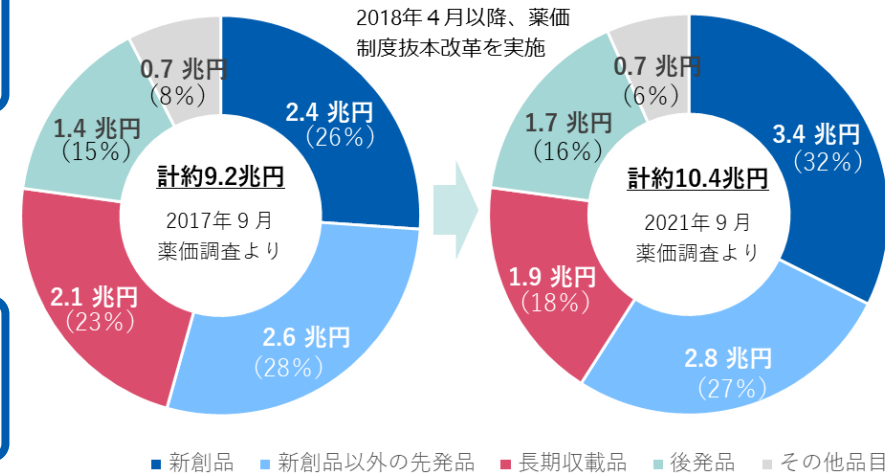
1. 2011年（H23年）比（%）の薬剤費の推移

※薬剤費・改定率は「中医協薬-2（R4.7.20）」、GDPは内閣府「国民経済計算年次推計」の数字を使用



2. 薬剤費の構成割合の推移

※記載している額は、薬価調査で得られた取引数量（調査月の1か月分）に薬価を乗じた上で12倍した数字（年間の数字に単純換算）

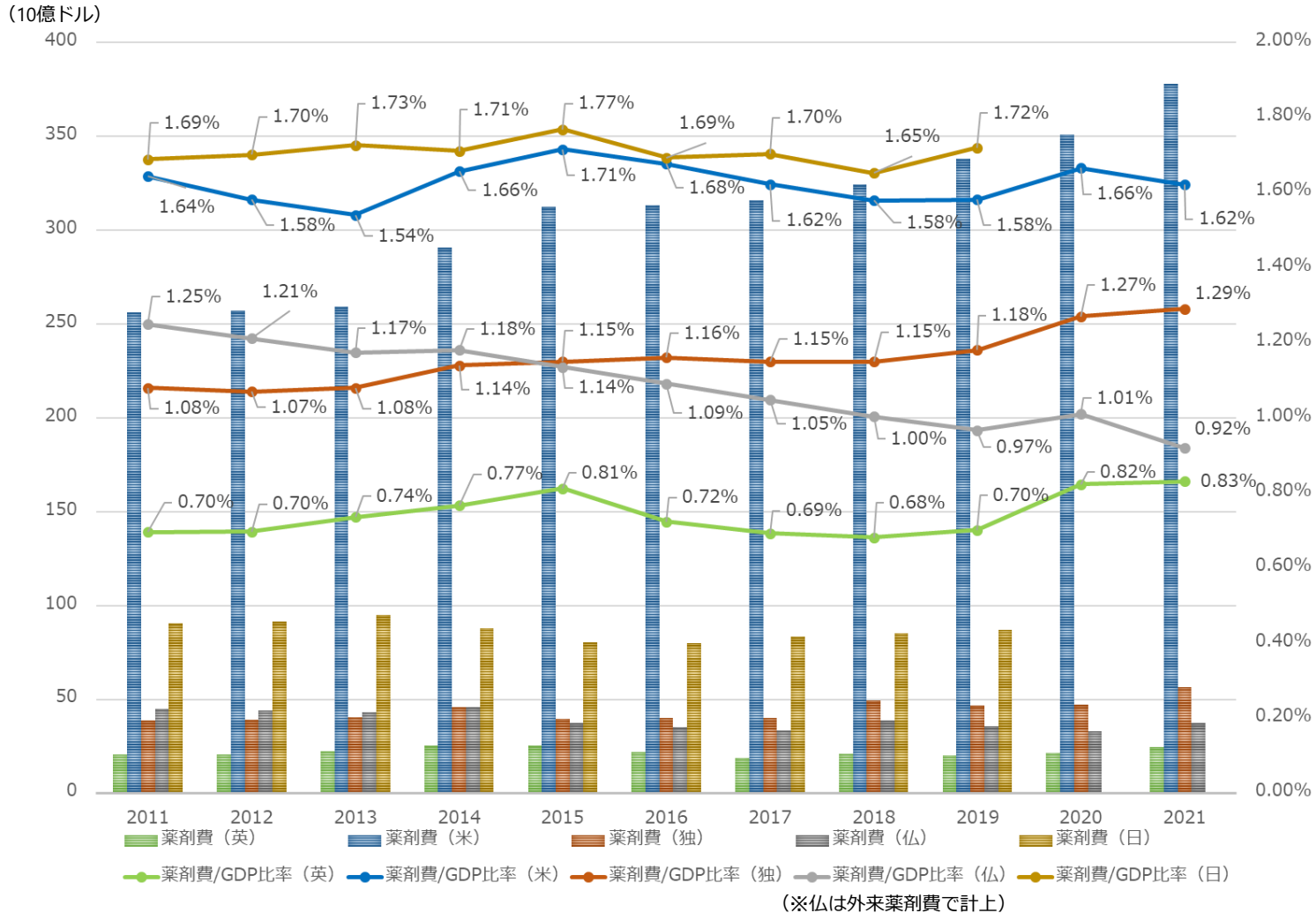


3. 後発品への置換えによる医療費適正効果額

薬価調査年度	後発品の使用割合	後発品に置き換えなかった場合の先発品の薬剤費と後発品の薬剤費との差額
H29年度	65.8%	1.30兆円
H30年度	72.6%	1.40兆円
R1年度	76.7%	1.62兆円 ※1. の試算に利用
R2年度	78.3%	1.86兆円
R3年度	79.0%	1.92兆円

日本と諸外国（英米独仏）の薬剤費、薬剤費/GDP費率

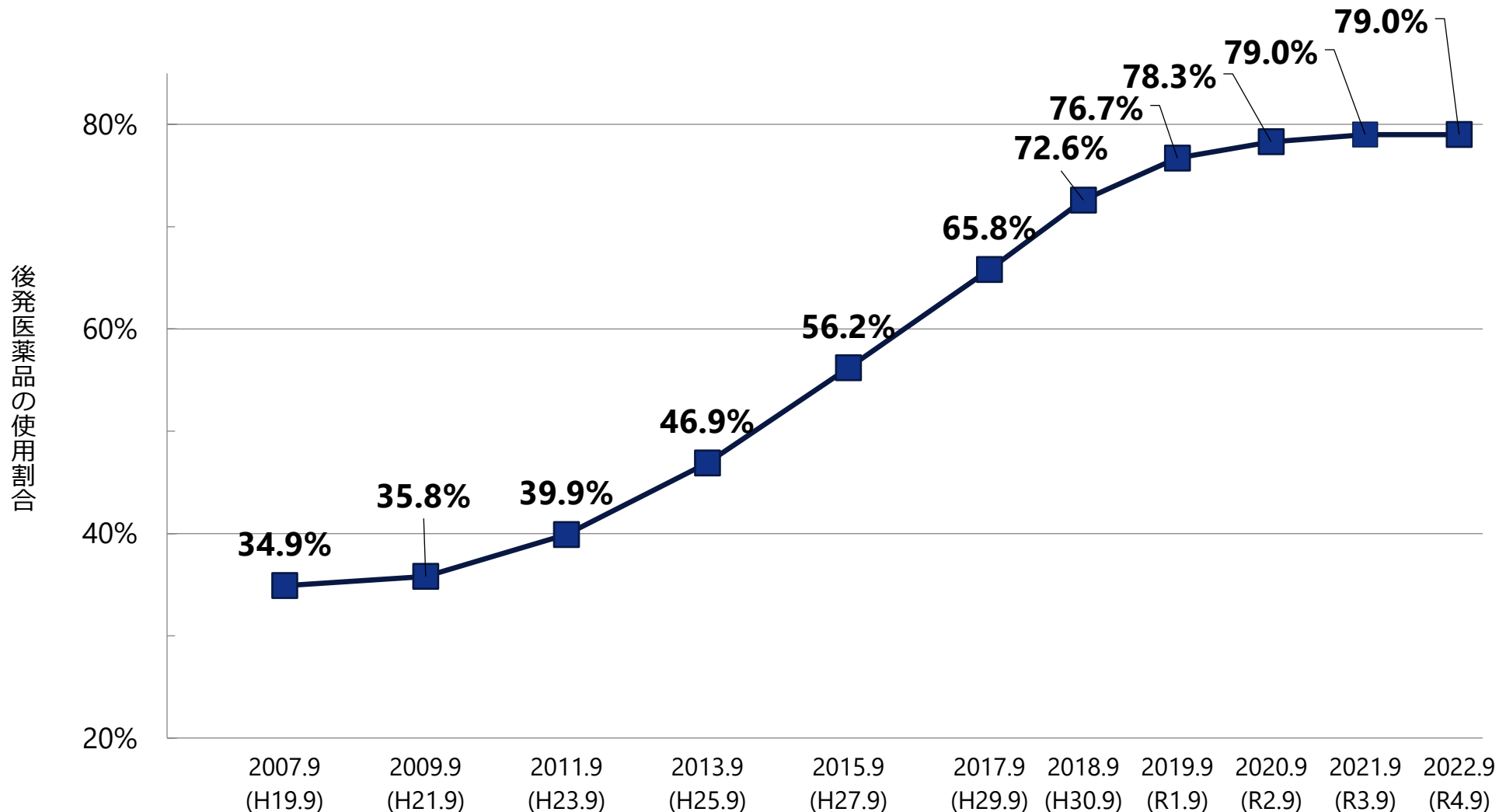
- GDPに対する薬剤費率は、欧米諸国と比べ、高い傾向にある。



各年の4月適用分省令レートをを用い、米ドルに換算（2011年、2012年は2013年4月適用分省令レートをを用いて算出）

※出典 英米独仏の薬剤費、薬剤費/GDP費率は、一般財団法人医療経済研究・社会保険福祉協会医療経済研究機構の報告書、各国HPで公表されたGDPを参考に、医薬産業振興・医療情報企画課で作成
日本の薬剤費、薬剤費/GDP費率は、「令和2(2020)年度 国民医療費の概況」(令和4年11月30日)を参考に、医薬産業振興・医療情報企画課で作成

後発医薬品への置換え状況（後発医薬品の使用割合）

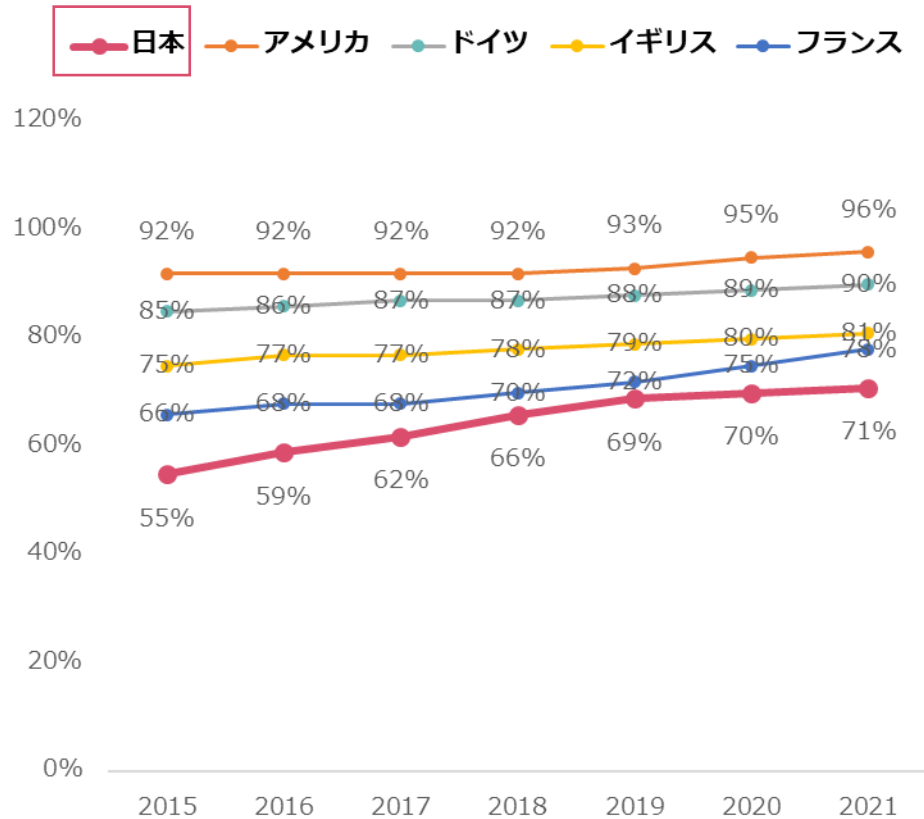


注) 「使用割合」とは、「後発医薬品のある先発医薬品」及び「後発医薬品」を分母とした「後発医薬品」の使用割合をいう。

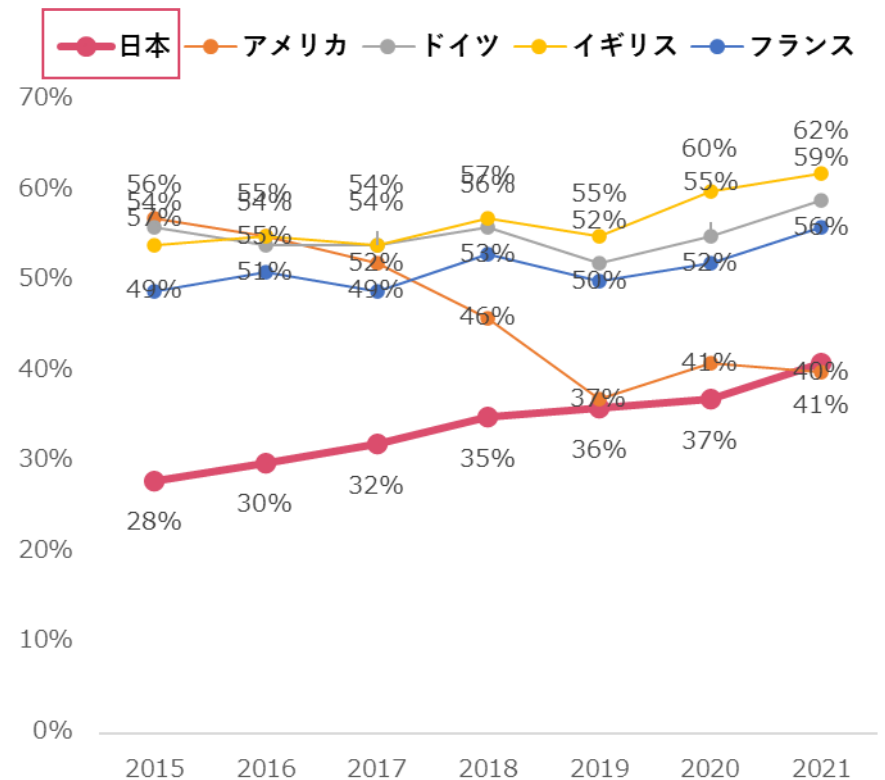
後発品のシェア（数量・金額）国際比較

- 後発品のシェア（数量・金額）を国際比較すると、日本は比較的低い傾向にある。

数量シェア



金額シェア



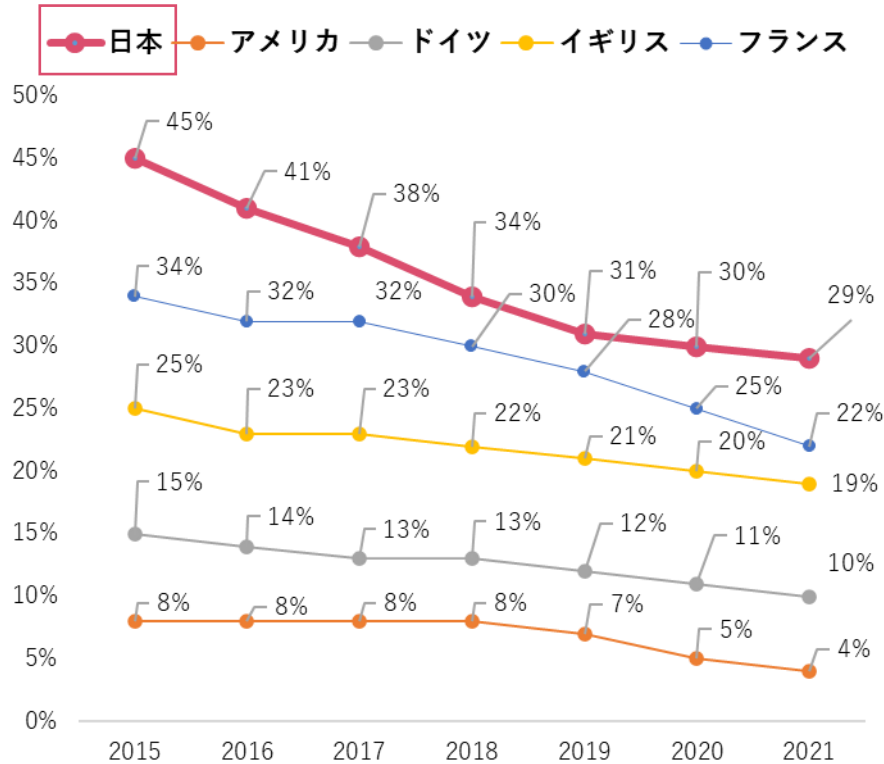
※出典：令和4年3月後発医薬品使用促進ロードマップに関する調査報告書（厚生労働省医政局経済課委託事業）より引用（一部加工）

※本資料は、国際間比較を行うため後発医薬品の定義を各国で揃える等をした上で、作成したもの。このため、厚生労働省が利用している薬価調査を用いた各種数値（数量シェア等）と異なる点に留意。

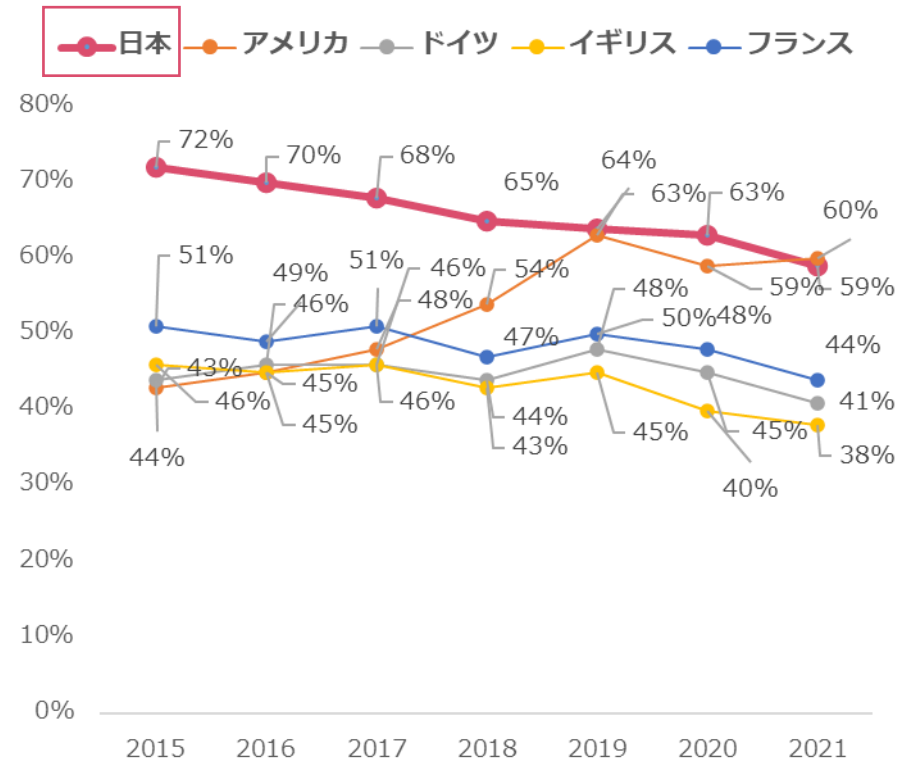
長期収載品のシェア（数量・金額）国際比較

- 長期収載品のシェア（数量・金額）を国際比較すると、日本は比較的高い傾向にある。

数量シェア



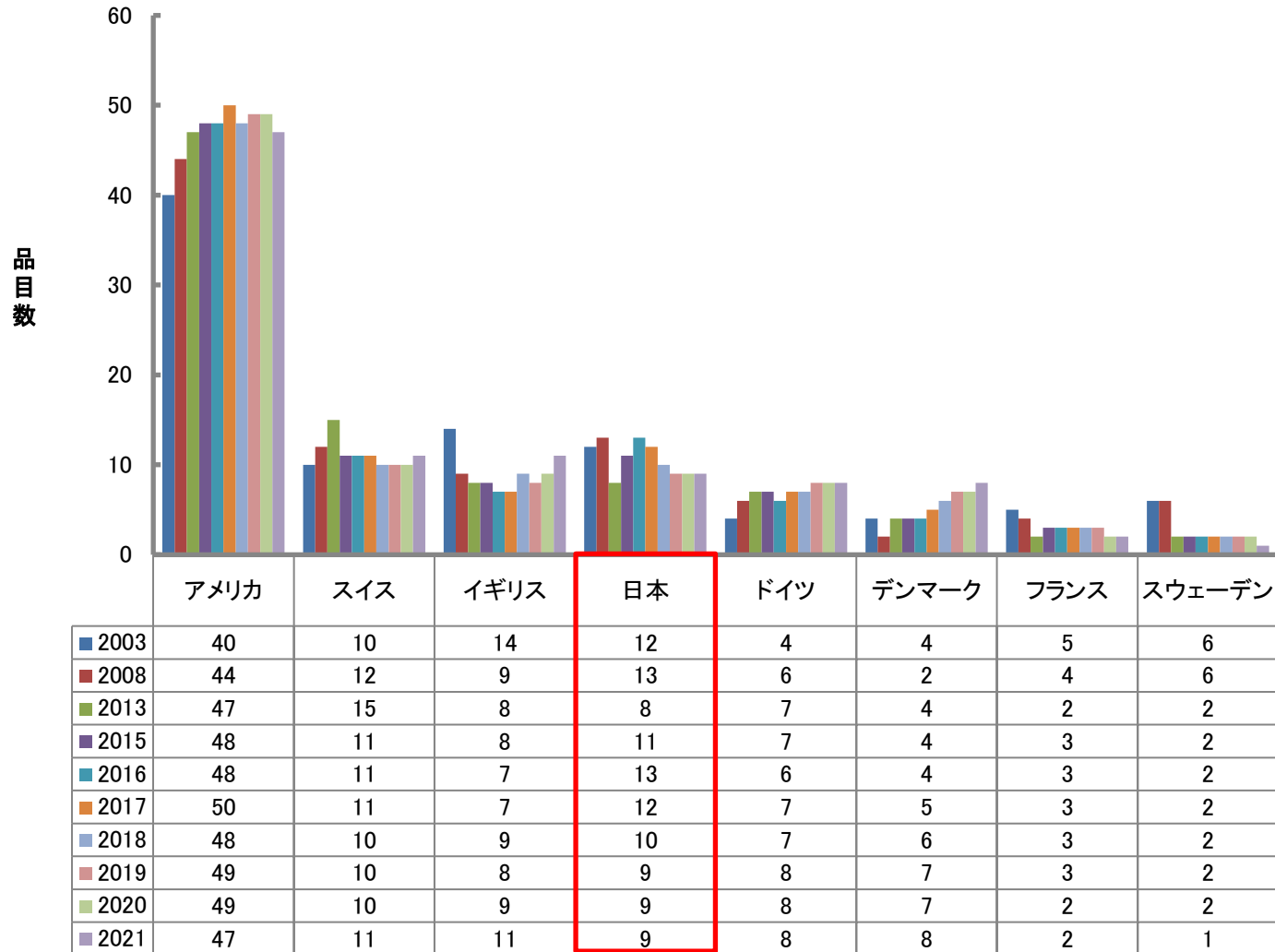
金額シェア



※出典：令和4年3月後発医薬品使用促進ロードマップに関する調査報告書（厚生労働省医政局経済課委託事業）より引用（一部加工）

※本資料は、国際間比較を行うため後発医薬品の定義を各国で揃える等をした上で、作成したもの。このため、厚生労働省が利用している薬価調査を用いた各種数値（数量シェア等）と異なる点に留意。

医療用医薬品世界売上上位100品目の国別起源比較



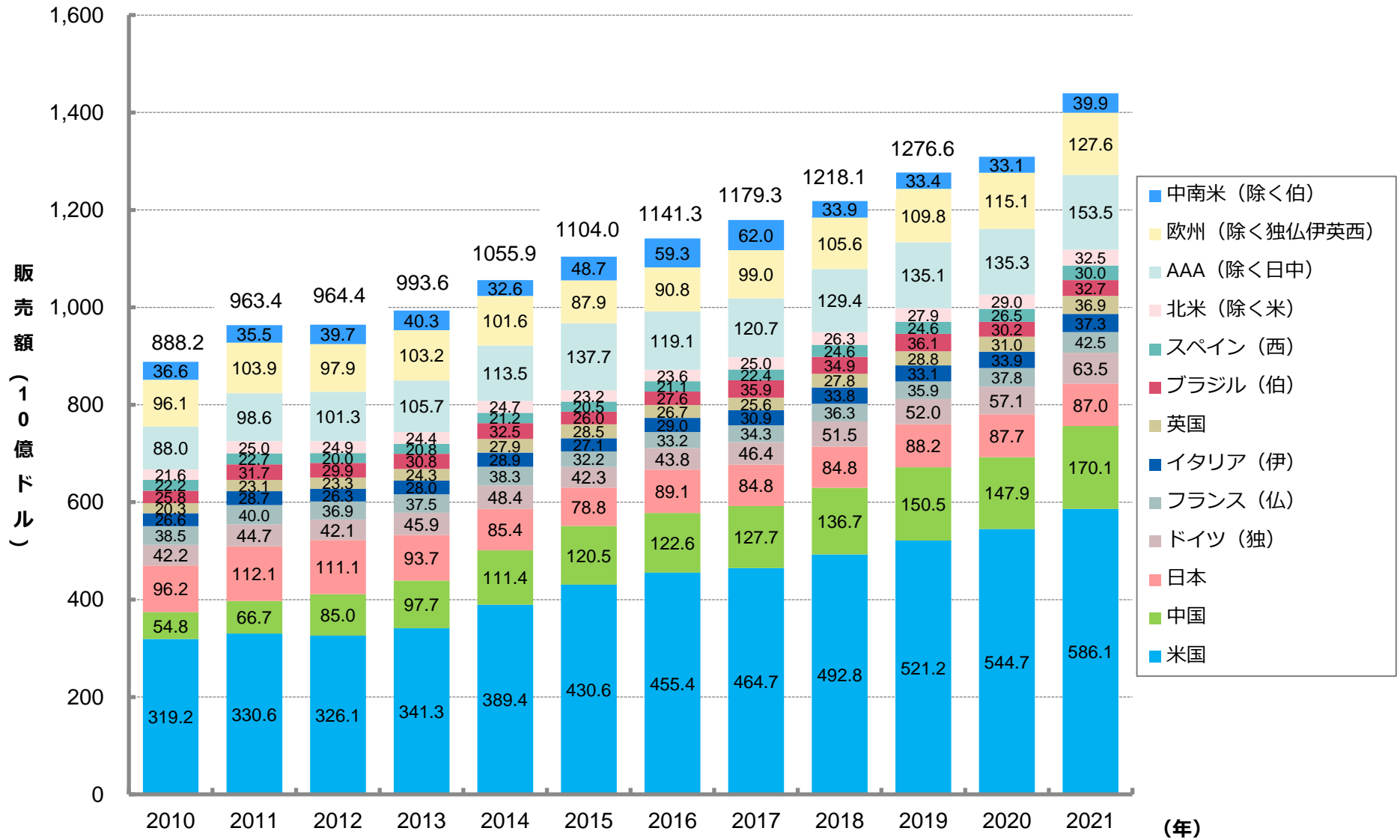
※特許帰属企業の国籍による分類

※各年売上高上位100品目を、オリジン企業国籍別に集計した。

※出典： Copyright©2023 IQVIA. IQVIA World Review Analyst, Data Period 2003-2021, IQVIA Pipeline & New Product Intelligence, Pharmaprojects, EvaluatePharma, Clarivate Cortellis Competitive Intelligenceをもとに医薬産業政策研究所にて作成（無断転載禁止）

※出典： 医薬産業政策研究所 政策研ニュースNo.67（2022年11月）

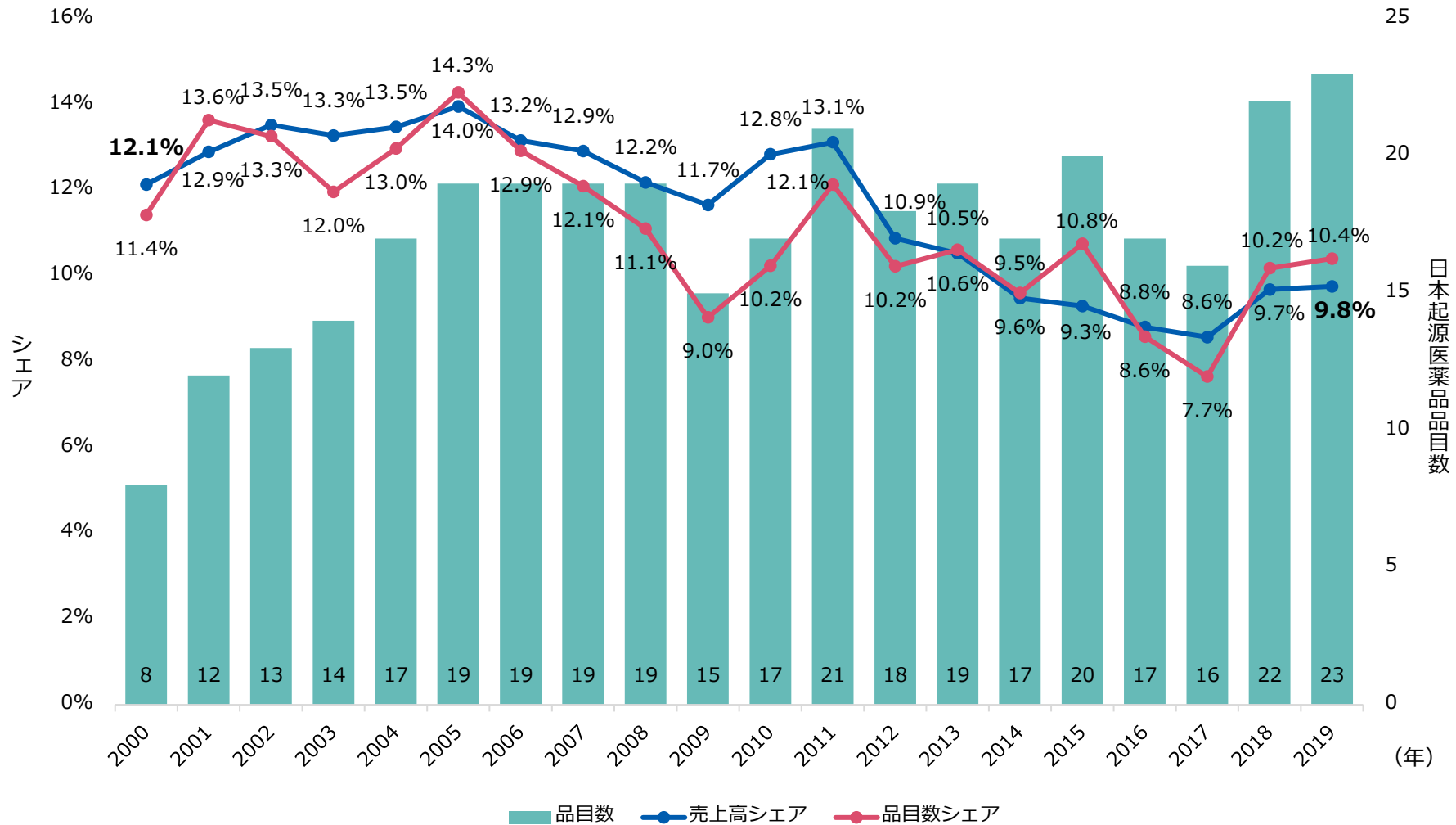
世界の医療用医薬品の販売額推移(地域・国別)



※AAAは、アジア・アフリカ・オーストラレーシアの略

※出典：Copyright© 2023 IQVIA. IQVIA World Review, Data Period - Year 2010-2021をもとに医薬産業政策研究所にて作成 (無断転載禁止)

日本起源医薬品の世界医療用医薬品市場シェア



※年間売上7億ドル以上の品目を対象に集計

※出典：研ファーマ・ブレイン発行「新ファルマ・フューチャー」をもとに医薬産業政策研究所にて作成

3. 薬剤自己負担に係るこれまでの議論

医療保険制度の患者一部負担の推移

～昭和47年 12月		昭和48年1月～	昭和58年2月 ～	平成9年9月～	平成13年1月～	平成 14年 10月～	平成 15年 4月～	平成18年 10月～	平成20年4月～	令和4年10月～	
老人医療費 支給制度前		老人医療費支給制度 (老人福祉法)	老人保健制度						後期高齢者医療制度		
国保	3割	なし	入院300円/日 外来400円/月	→1,000円/日 →500円/日 (月4回まで) +薬剤一部負担	定率1割負担 (月額上限付き) *診療所は定額 制を選択可 薬剤一部負担の廃 止 高額医療費創設	定率1割負担 (現役並み所得者2 割)	定率1割負担 (現役並み所 得者3割)	75歳以上	1割負担 (現役並み所得者3割)	1割負担 (現役並み所得者3割、 現役並み所得者以外の一定 所得以上の者2割)	
	被用者本人								定額負担	2割負担 (現役並み所得者3割) ※平成26年3月末までに 70歳に達している者は1割 (平成26年4月以降70歳になる者から2割)	
被用者家族		5割	若人	国保	3割 高額療養費創設(S48～)	入院3割 外来3割+薬剤一部負担 (3歳未満の乳幼児2割 (H14年10月～))	3割 薬剤一部負 担の廃止	3割	70歳未満	3割 (義務教育就学前2割)	
	被用者本人			定額 →1割(S59～) 高額療養費創設	入院2割 外来2割+薬剤一部負担						
		被用者家族	3割(S48～) →入院2割(S56～) 高額療養費創設 外来3割(S48～)	入院2割 外来3割+薬剤一部負担 (3歳未満の乳幼児2割 (H14年10月～))							

- (注) ・昭和59年に特定療養費制度を創設。将来の保険導入の必要性等の観点から、従来、保険診療との併用が認められなかった療養について、先進的な医療技術等にも対象を拡大し、平成18年に保険外併用療養費制度として再構成。
 ・平成6年10月に入院時食事療養費制度創設、平成18年10月に入院時生活療養費制度創設
 ・平成14年10月から3歳未満の乳幼児は2割負担に軽減、平成20年4月から義務教育就学前へ範囲を拡大

薬剤一部負担に係る経緯

平成8年6月21日	「今後の国民医療と医療保険制度改革のあり方について(第2次報告)」(医療保険審議会)	薬剤に係る患者負担については、医薬品の適正使用と薬剤費の適正化の観点から、(中略)見直しが必要であり、その具体的内容について幅広い検討が必要ではないか。
平成8年7月31日	「今後の医療保険制度について」(医療保険審議会)	[主な施策メニュー]④薬剤に係る患者負担3割又は5割
平成8年11月27日	「今後の医療保険制度のあり方と平成九年改正について(建議書)」(医療保険審議会)	薬剤給付について、給付除外ないし3~5割の患者負担を設定すること。
平成8年12月2日	「今後の老人保健制度改革と平成九年改正について(意見書)」(老人保健福祉審議会)	薬剤給付については、(中略)、医療機関・患者双方のコスト意識を喚起する一環として他の給付とは異なる負担、例えば3割程度の患者負担を設定するなどの見直しを行うことが考えられる。
平成8年12月19日	医療保険制度改革協議会(与党三党(自社さ))	(薬剤) 老人、被用者本人・家族、国保について外来薬剤1種類につき1日15円の負担
平成9年9月	薬剤一部負担導入	
平成11年7月	薬剤臨時特例措置(予算措置)	高齢者の薬剤一部負担を予算措置により免除。
平成11年10月13日	「医療保険制度抜本改革の基本的考え方」(自民党医療基本問題調査会・社会部会とりまとめ)	薬剤別途負担を廃止するとともに、その財源確保にかんがみ、老人医療の自己負担は上限定額を設け、おおむね1割を超えない負担とする。
平成11年12月19日	3党政策責任者会議(制度改革、診療報酬改定)	若人の薬剤一部負担の廃止については、平成12年の実施は延期し、平成14年度の医療保険制度改革時に、所要の財源を確保した上で実施する。
平成12年12月	平成12年改正附則	平成14年度までに、この法律の施行後における薬剤費を含む医療費の動向、医療保険の財政状況、社会経済情勢の変化等を勘案し、 <u>薬剤一部負担金を廃止するために必要な財源措置</u> に関し検討を行い、その結果に基づいて廃止すること。
平成13年1月	高齢者の薬剤一部負担廃止	
平成15年4月	薬剤一部負担廃止	

- 保険医療機関の外来診療や保険薬局で薬剤の支給を受ける際に、医療保険の定率負担、老人保健の定額負担（当時）のほかに、薬剤の種類数などに応じて一定額の負担を求めた。
- 平成9年9月から導入されたが、平成15年4月に廃止された。

内服薬（1日分につき）		外用薬（湿布、塗り薬等）		頓服薬（必要時に使用する鎮痛薬、解熱剤等）
1種類	0円	1種類	50円	1種類ごとに10円
2～3種類	30円	2種類	100円	
4～5種類	60円	3種類以上	150円	
6種類以上	100円			

- ※ 注射、処置、手術検査等及び入院に伴う薬剤など、一定の場合に支給される薬剤については負担はなかった。
- ※ 薬剤にかかる一部負担については、定率の一部負担と同様、高額療養費の自己負担限度額を計算する際の金額に含まれた。

薬剤自己負担引上げに関するこれまでの医療保険部会での主な意見

第99回医療保険部会(平成28年10月26日)

【スイッチOTC化された医療用医薬品に係る保険償還率の在り方に関する主な意見】

- OTC化されたら保険給付率の変更ではなく、保険適用から外すというのが本来あるべき姿ではないか。
- 多剤服用や残薬対策という観点から服薬量を減らしつつ、健康寿命を延伸することが望ましい。例えば、基礎疾患は処方箋薬で治療し、軽度な疾病については医療用医薬品からOTC医薬品の配合剤への置き換えを促す仕組みや、セルフメディケーション税制の対象をOTC薬全般に拡大させ、OTC医薬品で治療することを促す取り組みをお願いしたい。
- スイッチOTC医薬品の保険給付率を下げると、高薬価な医薬品へ処方シフトすることが考えられ、安くて、安全性が確立した医薬品が医療保険の中で使いにくくなるのではないか。その結果スイッチ化が抑制されてしまう可能性もある。
- 基本的に薬を保険でカバーするか否かは、薬の有効性や必須性などの観点から決められるべきで、既にスイッチOTC医薬品があるか否かで議論すべきでない。給付率を引き下げるとセルフメディケーションを促進する可能性はあるが、財政効果は短期的なものであり、長期的な効果は見込めないのではないか。
- 平成14年の健保法等改正法の附則における7割給付を維持するという観点から、慎重に検討する必要がある。
- 保険給付率の引き下げについては、どのような考え方でスイッチOTC化された医薬品だけを対象とするのか。処方量を勘案する必要はないのかなど、もう少し詳細に議論していく必要がある。
- スイッチOTC化されたものに限らず、市販品類似薬や軽度の薬剤については、保険収載から外すこと、フランスのように保険給付割合変えることなどについても今後議論していく必要がある。

薬剤自己負担引上げに関するこれまでの医療保険部会での主な意見

第109回医療保険部会(平成29年11月24日)

- OTCの配合剤の使用を促進すべきであり、それが進まない場合は、市販品類似薬や軽微な薬剤については、給付率の引下げまたは保険の対象から外すことも考えるべき。
- 薬剤の自己負担は議論が尽きており、薬価制度の抜本改革を主として考えるべき。
- 後期高齢者はジェネリックの使用率が低いが、処方の際の情報提供や患者教育をしっかりとっていくべき。
- セルフメディケーションを推進していく観点から、スイッチOTC化された医療用医薬品については、給付率の引下げでなく、保険適用から外すべき。
- 保険給付の対象外とすることは疑問。
- 平成14年改正法附則の趣旨から保険外しは反対。特に高齢者は服薬管理の問題もあり、慎重に考えるべき。
- まずは、後発品の使用促進や不適切な重複投薬や多剤投薬等の削減に努めて薬剤費を下げていくべき。
- 有効性の高い高額薬剤は貧富の差によって使用の可否が決まらないよう、公的保険の趣旨から保険適用をしていくべきであり、そうであるなら、症状の軽い方に使う薬は、保険から外したり、給付率を下げたりするなどバランスを取るべき。14年改正法附則の法改正も含めて議論すべき。
- 限られた財源の中で給付を重点化する観点から、スイッチ OTC、湿布、うがい薬などの市販品類似薬は、給付率の引下げや保険給付の適用外とすることを検討すべき。また、全世代型の社会保障制度の構築という観点から、負担能力に応じた負担構造へと見直しを図るべきであり、高齢者の薬剤の自己負担のあり方についても広く見直していく必要がある。
- 一般的に、高齢者は、多くの薬剤が使われており、全体としての負担が大きいにも関わらず後発品の使用割合が低いのは、自己負担割合が低いからと考えられる。一方、OTCの有無によって保険適用を決めるのは、治療の必要性によって保険適用を決めるという原則に反するのではないか。

薬剤自己負担引上げに関するこれまでの医療保険部会での主な意見

第124回医療保険部会(令和2年1月31日)

- 薬剤給付の範囲について、OTC化された医薬品や市販品類似薬について、保険償還率の変更あるいは保険適用の除外を行うなど、大胆な見直しを行うべき。

第125回医療保険部会(令和2年2月27日)

- 高額医薬品の導入が話題だが、特に軽微な疾病についてはセルフメディケーション税制の対象薬剤をスイッチOTC薬以外にも拡大したり、OTC類似薬薬効群については投与を控えるなどの啓発が必要。

薬剤自己負担見直しに関するこれまでの医療保険部会での主な意見

※議事録に基づき事務局にて整理

第126回医療保険部会(令和2年3月12日)

- 高額な医薬品は、最新の医薬品へのアクセスを確保するため、十分な効果検証の下で、高額であっても公的保険で給付をすることを基本にしていくべき。一方で、リソースには限りがあり、市販品類似の医薬品の保険給付の在り方なども含め、保険給付の重点化を図っていくことが重要。また、薬剤給付の適正化に向けては、自己負担の見直しのみならず、後発医薬品の利用促進やセルフメディケーション税制の拡充、生活習慣病の治療薬の在り方等についても改めて検証と検討を進めるべき。
- 皆保険制度を維持するためには、大きなリスクは共助、小さなリスクは自助という方向に進まざるを得ないのではないかと。その点を踏まえると、市販品類似薬については保険給付範囲からの除外や償還率の変更も考えざるを得ないのではないかと。
- 国民皆保険制度を将来にわたって持続可能なものとするためには、後期高齢者の窓口2割負担の改革だけではとても実現できない。この薬剤の自己負担の引上げについても重要な取組の一つであると思うので、諸外国の例も参考にしつつ、十分な財政効果が得られるような見直しを図っていくべき。
- 疾病の治療が必要と判断して処方された医薬品は保険適用すべき。医療用と市販薬では、同一の成分であっても期待する効能・効果や使用目的、患者の重篤性が異なる場合がある。また、OTC類似薬が保険から外れると、患者さんからすると保険で使える別の薬にしてほしいということになる。結果として高薬価の薬剤へシフトしてしまうのではないかと。
- OTC類似薬については、医療上の必要性による適切な医薬品の選択の担保という意味で、財政問題だけで見直すことは適当ではないのではないかと。この医薬品を必要とする患者の家計の実質的な負担が増えて、医療アクセスにおける所得格差の問題につながるのではないかと。
- フランスでは医療上の有用性と対象疾患の重篤性、その2つに基づいて給付率を判断していると聞いている。仮に日本でこの制度を導入しようとした場合、今、約2万品目近くある医薬品の評価を全て見直して分類して、さらに何かあればメンテナンスをしていくということになる。そう考えると、かなり実行可能性は低いのではないかと。
- 医師としてこの薬が必要だと判断したときに、これはスイッチOTC医薬品だから使えないということは患者さんに説明しにくい。
- (薬や病気が)よく軽微なものということが言われるが、結果論であり、患者の立場で言うと、何が軽微で何が合うのかというのは本当に分からない。

医療保険部会の議論の整理（令和2年12月23日）※薬剤自己負担関係部分抜粋

- これを踏まえ、当部会においては、
 - ①市販品類似の医薬品の保険給付の在り方
 - ②自己負担の引上げ以外の方策による薬剤給付の適正化策（セルフメディケーションの推進等）等の各論点について議論を行った。

- ①市販品類似の医薬品の保険給付の在り方については、
 - ・皆保険制度を維持するためには、大きなリスクは共助、小さなリスクは自助という方向に進まざるを得ず、市販品類似薬については保険給付範囲からの除外や償還率の変更も考えざるを得ないのではないか
 - ・薬剤の自己負担の引上げについて、諸外国の例も参考にしつつ、十分な財政効果が得られるような見直しを図っていくべきではないかという意見がある一方で、
 - ・医療上の必要性に応じて適切な医薬品を選択できるよう担保することが必要であり、財政問題だけで保険適用を見直すことは適当ではないのではないか
 - ・医療用と市販薬では、同一の成分であっても期待する効能・効果や使用目的、患者の重篤性が異なる場合があり、市販薬の有無で取扱いを変えるのは理解し難いのではないかという意見があった。

- ②自己負担の引上げ以外の方策による薬剤給付の適正化策については、
 - ・薬剤給付の適正化に向けては、自己負担の見直しのみならず、後発医薬品の利用促進やセルフメディケーション税制の拡充、生活習慣病の治療薬の在り方等についても検討すべき
 - ・新型コロナウイルス感染症による受診控えに伴い、OTC医薬品の利用が進むなど、患者の意識も変化しつつあるため、スイッチOTC医薬品に限らず、OTC医薬品全般の使用を進めるという観点で、セルフメディケーションの推進に取り組むべきではないかという意見があった。

- これらの意見を踏まえ、医療資源の効率的な活用を図る観点から、かかりつけ医やかかりつけ薬剤師と連携しつつ、保険者の立場からも上手な医療のかかり方とセルフメディケーションの推進策を講じるべきである。

- なお、市販品類似の医薬品の保険給付の在り方等の薬剤自己負担の見直しや他の薬剤給付の適正化策については、引き続き検討すべきである。

薬剤自己負担の見直しに関する主な論点

【検討にあたっての考え方等】

- ・ 薬剤自己負担については、改革工程表において、「外国の薬剤自己負担の仕組み（薬剤の種類に応じた保険償還率や一定額までの全額自己負担など）も参考としつつ、市販品と医療用医薬品との間の価格のバランス等の観点から、関係審議会において検討し、その結果に基づき必要な措置を講ずる」とされている。

【これまでの意見を踏まえた論点等】

- ・ 市販品類似の医薬品の保険給付の在り方
- ・ 国民皆保険制度を維持する観点からの保険給付の重点化
- ・ 医療上の必要性に応じて適切な医薬品を選択できるよう担保することの必要性
- ・ 平成14年の健保法等改正法の附則における7割給付を維持する必要性
- ・ 自己負担の引上げ以外の方策による薬剤給付の適正化策（セルフメディケーションの推進等）

等

4. 薬剤自己負担に係る論点

薬剤自己負担の見直しに関する主な項目

○薬剤自己負担の見直しに関しては、これまでの議論等を踏まえると、例えば、以下のような項目が考えられる。

	①薬剤定額一部負担	②薬剤の種類に応じた自己負担の設定	③市販品類似の医薬品の保険給付の在り方の見直し	④長期収載品の自己負担の在り方の見直し
考え方	<ul style="list-style-type: none"> ・ 外来診療や薬剤支給時に、薬局窓口等において、薬剤に関し定額負担を求める <p>【参考】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 平成9年～平成15年にかけて薬剤一部負担制度があったが、廃止。 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 有効性等などの医療上の利益に基づき薬剤を分類、各カテゴリ別に自己負担割合を設定 <p>【参考】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ フランスの例では、医療上の重要性に応じて35%～100%（代替性のない医薬品は0%）と設定 	<ul style="list-style-type: none"> ・ OTC医薬品に類似品がある医療用医薬品について、保険給付範囲からの除外や償還率の変更、定額負担の導入など、保険給付の在り方を見直す 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 長期収載品について様々な使用実態※に応じた評価を行う観点や後発品との薬価差分を踏まえつつ、自己負担の在り方を見直す <p>※抗てんかん薬等での薬剤変更リスクを踏まえた処方、薬剤工夫による付加価値等への選好等</p>
課題	<ul style="list-style-type: none"> ・ 低額の医薬品ほど相対的に負担が重くなる点 ・ 平成14年健保法等改正法の附則における7割給付の維持との関係 <p>等</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ 疾病等による区分を設けることの是非 ・ 医療上の重要性等の分類の技術的可能性、薬剤の分類方法 ・ 平成14年健保法等改正法の附則における7割給付の維持との関係 <p>等</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ 医療上の必要性に応じて適切な医薬品を選択できるよう担保する必要性 ・ 市販薬の有無で取扱いを変えることの是非（医療用と市販薬では、同一の成分であっても期待する効能・効果や使用目的、患者の重篤性が異なる場合がある） <p>等</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ 医療上の必要性に応じて適切な医薬品を選択できるよう担保する必要性 ・ いわゆる参照価格制との関係 <p>等</p>

（参考） このほか、長期収載品に係る薬価上の措置に関しては、これまで、平成30年度薬価改定等、後発品への置換え率や後発品上市後の時期に応じた措置を講ずるなど、随時見直しを行っている。

薬剤自己負担に係る論点について

- 「国民負担の軽減」と「イノベーションの推進」が求められる中、骨太2023においては、「創薬力強化に向けて、革新的な医薬品、医療機器、再生医療等製品の開発強化、研究開発型のビジネスモデルへの転換促進等を行うため、保険収載時を始めとする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…等を推進する。…医療保険財政の中で、こうしたイノベーションを推進するため、長期収載品等の自己負担の在り方の見直し、検討を進める」とされている。
- また、有識者検討会においては、「新薬の研究開発に注力する環境を整備する観点や、長期収載品の様々な使用実態に応じた評価を行う観点から、選定療養の活用や現行の後発品への置換え率に応じた薬価上の措置の見直しを含め、適切な対応について、検討すべき」とされている。
- こうした中、薬剤自己負担の在り方の見直しについて、どういった対応が考えられるか。

5. 参考資料



新経済・財政再生計画 改革工程表2022（抄）

（令和4年12月22日経済財政諮問会議決定）

社会保障 5. 給付と負担の見直し

KPI第2階層	KPI第1階層	工程(取組・所管府省、実施時期)	23	24	25
—	—	<p>6 1. 薬剤自己負担の引上げについて幅広い観点から関係審議会において検討し、その結果に基づき必要な措置を講ずる</p> <p>a. 2020年の関係審議会のとりまとめを踏まえ、医療資源の効率的な活用を図る観点から、薬剤給付の適正化に向けて、保険者の上手な医療のかかり方及びセルフメディケーションを推進するとともに、その他の措置についても検討。 《所管省庁：厚生労働省》</p>	→		

保険給付範囲の見直しの方向性

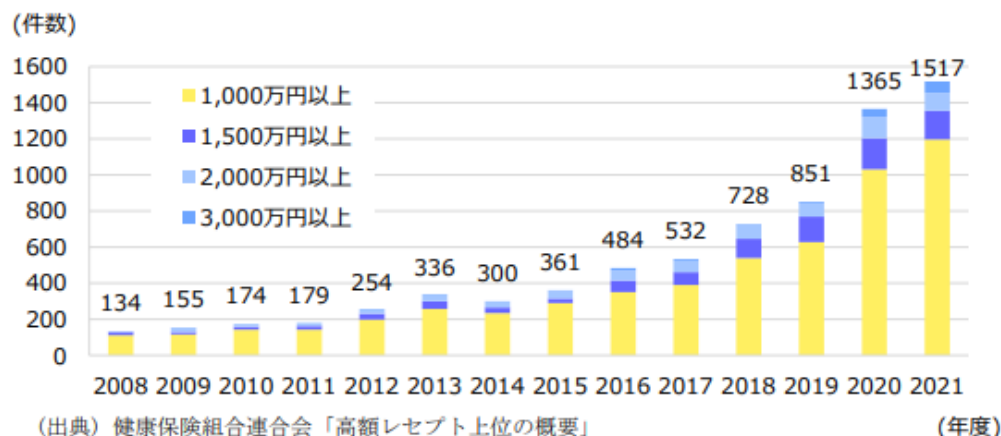
医療

- 単価が高額な医薬品の収載が増えており、今後の医療技術の進歩に伴い、さらに保険財政への影響が大きい医薬品が出てくることも想定される。
- こうした中で、保険給付がいまのままでは保険料や国庫負担の増大が避けられない。基本的には、公的医療保険の役割は大きなリスクをシェアするというものであり、それを前提に考えるべき。諸外国の動向をみると、高額な医薬品について費用対効果を見て保険対象とするか判断する、医薬品の有用性が低いものは自己負担を増やす、あるいは、薬剤費の一定額までは自己負担とする方向性が考えられ、早急な対応が必要。

◆単価が高額な医薬品の例

	効能・効果	薬価 (収載時)	ピーク時市場規模 (収載時予測)
ゾルゲンスマ点滴静注	脊髄性筋萎縮症	約1億6,700万円	42億円
キムリア点滴静注	急性リンパ芽球性白血病 等	約3,300万円	72億円
イエスカルク点滴静注	びまん性大細胞型B細胞リンパ腫 等	約3,400万円	79億円
ステミラック注	脊髄損傷に伴う機能障害等の改善	約1,500万円	37億円

◆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



① 薬剤の種類に応じた患者負担割合の設定 (フランスの例)

抗がん剤等の代替性のない 高額医薬品		0%
国民連帯の観点から 負担を行うべき 医療上の利益を評価して分類 (医薬品の有効性等)	重要	35%
	中程度	70%
	軽度	85%
	不十分	100%

② 薬剤費の一定額までの全額患者負担 (スウェーデンの例)

年間の薬剤費	患者負担額
1,150クローネまで	全額患者負担
1,150クローネから 5,645クローネまで	1,150クローネ + 超えた額の一定割合
5,645クローネ超	2,300クローネ

(注) 1クローネ=13円 (2023年5月中において適用される裁定外国為替相場)

長期収載品に係る薬価改定ルールを経緯

- 長期収載品の薬価改定ルールについて、具体的な経緯を整理すると以下のとおり。

	主な見直し等の内容
平成14年	先発品と後発品の価格差は容認しつつ、 先発品の価格が特許期間終了後もあまり下がっていないことを踏まえ、先発品についてある程度の価格の引下げが必要 ではないかとの意見が出され、 新規後発品収載後の最初の薬価改定時に、改定薬価の一定割合（4~6%）を引き下げる方式（Z）を導入 。（本改定時のみ、Zに該当する品目に限らず、後発品のあるすべての先発品が対象）
平成16年	銘柄で収載されている局方品 については、 Zの引下げ幅を1/2 とすることとされた。
平成18年	後発品のある先発品のさらなる薬価の適正化を図る観点から、Zの引下げ幅（4~6%）を2ポイント拡大 。（それまでにZの対象となった品目についても、薬価を2%引き下げ）
平成20年	Zが後発品との薬価差を縮小させ、後発品への置換えが進みにくくなる との指摘があることなどを踏まえ、 Zの引下げ幅を4~6%にとどめる こととされた。
平成26年	一定期間を経ても後発品への適切な置換えが図られていない場合には、「特例的な引下げ」（Z2）を行うこととされた 。（後発品収載後5年を経過した後の最初の改定以降の改定において、後発品置換え率に応じて薬価を引き下げ。Zは廃止）
平成30年	長期収載品依存から、より高い創薬力を持つ産業構造に転換を進める観点から、 ① 後発品上市後10年間までの期間を、後発品置換え時期 ② 後発品上市後10年を経過した期間を、長期収載品の後発品価格への引下げ時期 と位置付け、それぞれの 時期に応じた薬価の見直し（G1/G2） を行うこととされた。

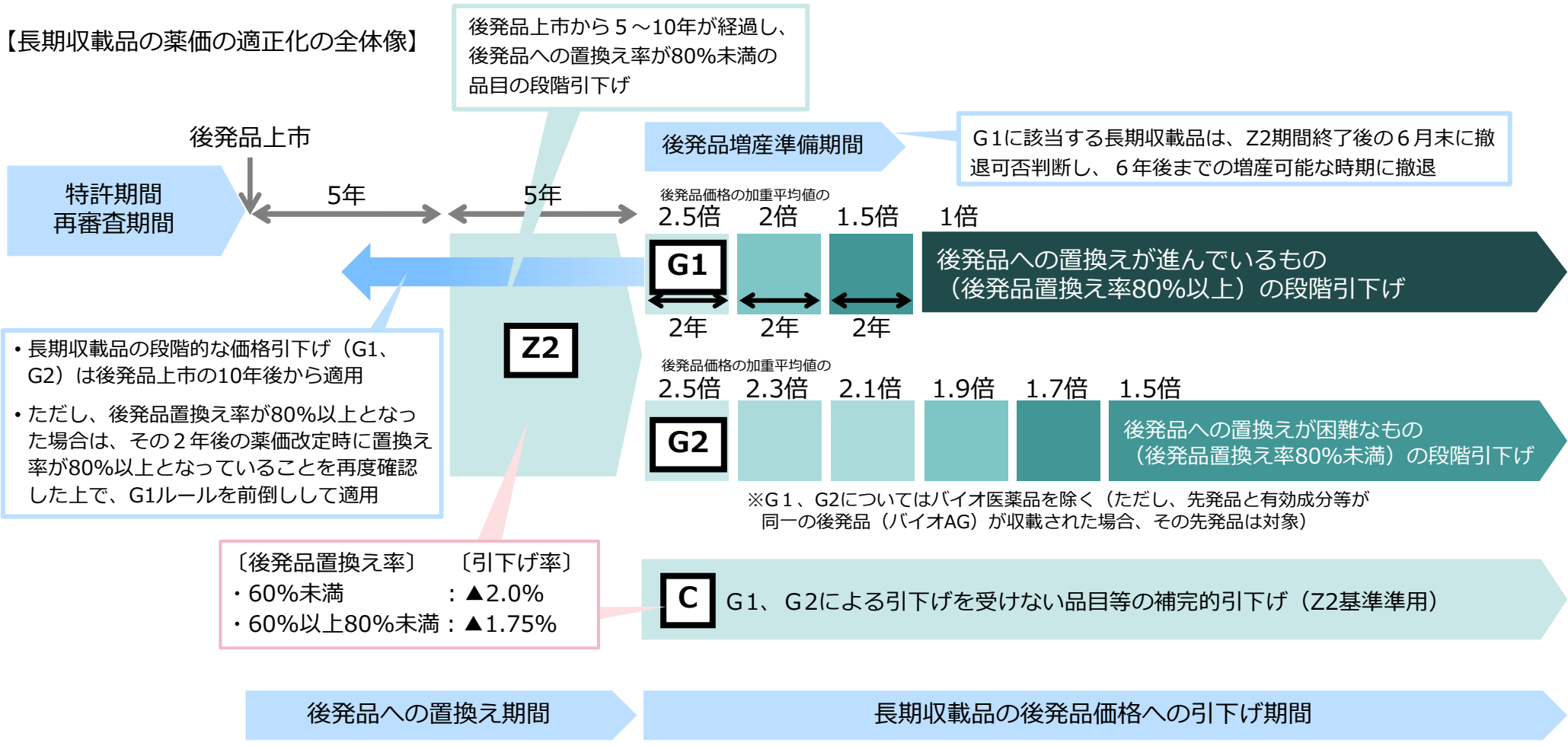
※ H22、H24改定においては、Zに加え、先発品から後発品への置換えが十分に進んでいないことから、予定通り使用促進が進んでいれば達成されていた財政効果を勘案した特例的な措置として、すべての長期収載品の薬価を追加引き下げ。（H22は▲2.2%、H24は▲0.86%（後発品も▲0.33%））

【Z2の引下げ率の変遷】

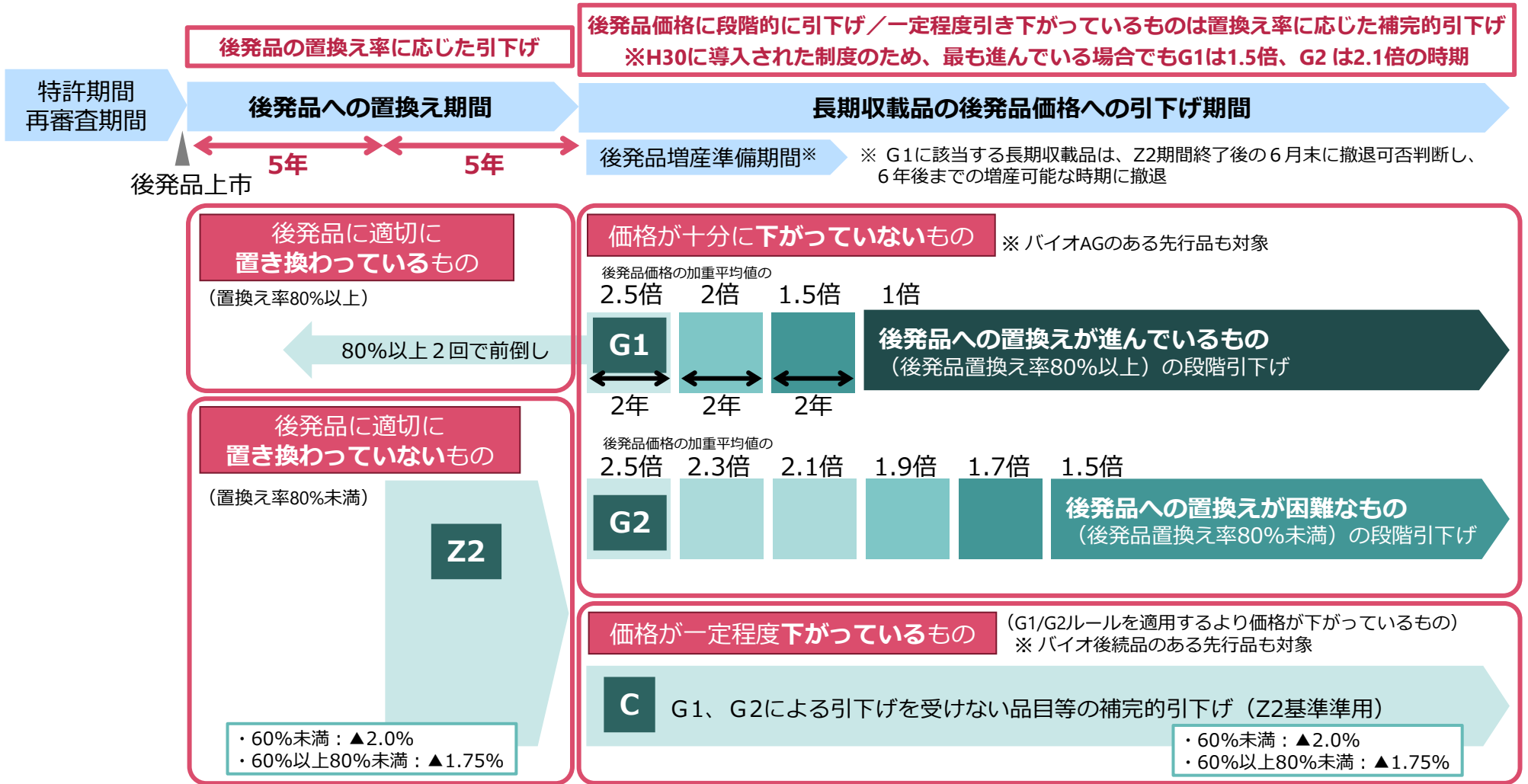
	後発品置換え率							
	20%未満	20~30%	30~40%	40~50%	50~60%	60~70%	70~80%	80%以上
平成26年	▲2%	▲1.75%		▲1.5%		引下げなし		
平成28年	▲2%		▲1.75%		▲1.5%		引下げなし	
平成30年	▲2%			▲1.75%		▲1.5%		引下げなし
令和2年	▲2%				▲1.75%		▲1.5%	引下げなし
令和4年	▲2%					▲1.75%		引下げなし

長期収載品の薬価の改定 第3章第3節

- 長期収載品（後発品のある先発品）の薬価の更なる適正化を図る観点から、後発品上市後、後発品への置換え率に基づき、長期収載品の薬価を段階的に引き下げることとしている。



長期収載品の薬価の改定ルール（イメージ）



価格調整対象外

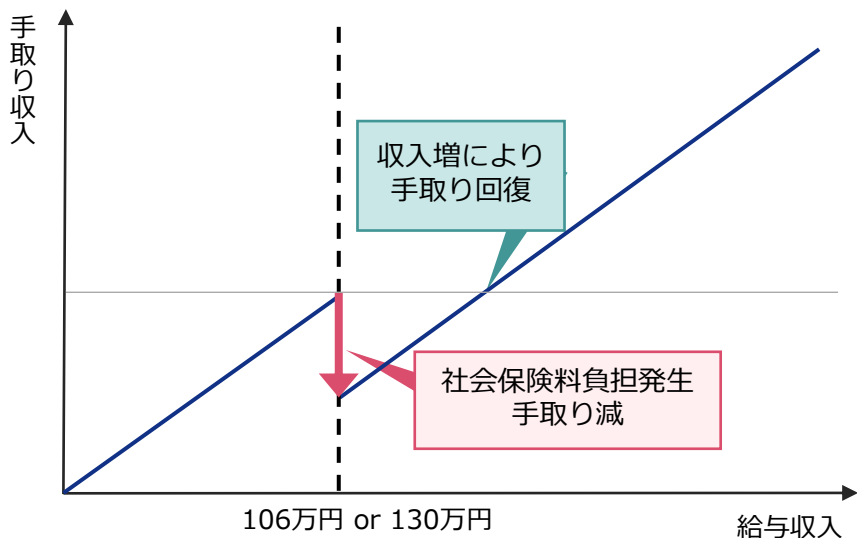
- ・日本薬局方収載医薬品（銘柄毎に薬価収載されているものを除く。）
- ・生物学的製剤（血液製剤を含む。）
- ・漢方製剤・生薬
- ・希少疾病用医薬品であって、希少疾病以外の疾病に対する効能を有しないもの
- ・低薬価品の特例（基礎的医薬品・不採算品再算定・最低薬価）のいずれかに該当するもの
- ・後発品価格のうち最も低いものを下回るもの

「年収の壁・支援強化パッケージ」について

「年収の壁」を巡る現状

- 会社員・公務員の配偶者で扶養され保険料負担がない「第3号被保険者」のうち約4割が就労。
- その中には、一定以上の収入となった場合の社会保険料負担等による手取り収入の減少を理由として、就業調整をしている者が一定程度存在。

第3号被保険者の手取り収入の変化（イメージ）



- 従業員100人超企業^(※1)に週20時間以上で勤務する場合 → 「106万円の壁」^(※2)
加入制度：厚生年金保険・健康保険
- 上記以外の場合 → 「130万円の壁」
加入制度：国民年金・国民健康保険

(※1) 令和6年10月には、従業員50人超の企業まで拡大。

(※2) 所定内賃金が月額8.8万円以上であることが要件。

就業調整の理由

配偶者がいる女性パートタイム労働者のうち、就業調整をしていると回答した者（21.8%）は、その理由として、「106万円の壁」、「130万円の壁」及び配偶者手当を意識していると回答している。（複数回答）

【被扶養者認定基準（130万円）】 一定額(130万円)を超えると配偶者の健康保険、厚生年金保険の被扶養者からはずれ、自分で加入しなければならなくなるから	57.3%
【被用者保険加入（106万円）】 一定の労働時間を超えると雇用保険、健康保険、厚生年金保険の保険料を払わなければならないから	21.4%
【配偶者の会社の配偶者手当】 一定額を超えると配偶者の会社の配偶者手当がもらえなくなるから	15.4%

(出典) 厚生労働省「令和3年パートタイム・有期雇用労働者総合実態調査」

「年収の壁」への当面の対応策（「年収の壁・支援強化パッケージ」）概要

人手不足への対応が急務となる中で、短時間労働者が「年収の壁」を意識せず働くことができる環境づくりを支援するため、当面の対応として下記施策（支援強化パッケージ）に取り組むこととし、早急に開始する。さらに、制度の見直しに取り組む。

106万円の壁への対応

◆キャリアアップ助成金 ※省令の改正が必要

キャリアアップ助成金のコースを新設し、短時間労働者が被用者保険（厚生年金保険・健康保険）の適用による手取り収入の減少を意識せず働くことができるよう、労働者の収入を増加させる取組を行った事業主に対して、労働者1人当たり最大50万円の支援を行う。なお、実施に当たり、支給申請の事務を簡素化。

労働者の収入を増加させる取組については、賃上げや所定労働時間の延長のほか、被用者保険適用に伴う保険料負担軽減のための手当（社会保険適用促進手当）として、支給する場合も対象とする。

◆社会保険適用促進手当

事業主が支給した社会保険適用促進手当については、適用に当たっての労使双方の保険料負担を軽減するため、新たに発生した本人負担分の保険料相当額を上限として被保険者の標準報酬の算定において考慮しない。

130万円の壁への対応

◆事業主の証明による被扶養者認定の円滑化

被扶養者認定基準（年収130万円）について、労働時間延長等に伴う一時的な収入変動による被扶養者認定の判断に際し、事業主の証明の添付による迅速な判断を可能とする。

配偶者手当への対応

◆企業の配偶者手当の見直しの促進

特に中小企業においても、配偶者手当の見直しが進むよう、

- (1) 見直しの手順をフローチャートで示す等わかりやすい資料を作成・公表するとともに、
- (2) 中小企業団体等を通じて周知する。

(参考) 各施策の概要



キャリアアップ助成金：社会保険適用時処遇改善コース

短時間労働者が新たに被用者保険の適用となる際に、労働者の収入を増加させる取組を行った事業主に対して、一定期間助成を行うことにより、壁を意識せず働くことのできる環境づくりを後押しするため、コースを新設し、複数のメニューを設ける。

社会保険適用時処遇改善コース

- ▶ 新たに被用者保険を適用するとともに、労働者の収入を増加させる取組を行う事業主に対して助成。
- ▶ 一事業所当たりの申請人数の上限を撤廃。
- ▶ 令和7年度末までに労働者に被用者保険の適用を行った事業主が対象。
- ▶ 支給申請に当たり、提出書類の簡素化など事務負担を軽減。

(1) 手当等支給メニュー（手当等により収入を増加させる場合）

要件	1人当たり助成額
① 賃金の15%以上分を労働者に追加支給※1	1年目 20万円
② 賃金の15%以上分を労働者に追加支給※1するとともに、3年目以降、以下③の取組が行われること	2年目 20万円
③ 賃金の18%以上を増額※2させていること	3年目 10万円

(注)・助成額は中小企業の場合。大企業の場合は3/4の額。

- ・①、②の賃金は標準報酬月額及び標準賞与額、③の賃金は基本給。
- ・1、2年目は取組から6ヶ月ごとに支給申請（1回あたり10万円支給）。3年目は6ヶ月後に支給申請。

※1 一時的な手当（標準報酬月額の算定に考慮されない「社会保険適用促進手当」）による支給も可。

※2 基本給のほか、被用者保険適用時に設けた一時的な手当を恒常的なものとする場合、当該手当を含む。労働時間の延長との組み合わせによる増額も可。また、2年目に前倒して③の取組（賃金の増額の場合のみ）を実施する場合、3回目の支給申請でまとめて助成（30万円）。

(2) 労働時間延長メニュー（労働時間延長を組み合わせる場合）

＜現行の短時間労働者労働時間延長コースの拡充＞

	週所定労働時間の延長	賃金の増額	1人当たり助成額
①	4時間以上	—	30万円
②	3時間以上 4時間未満	5%以上	
③	2時間以上 3時間未満	10%以上	
④	1時間以上 2時間未満	15%以上	

(注)・助成額は中小企業の場合。大企業の場合は3/4の額。

- ・取組から6ヶ月後に支給申請。
- ・賃金は基本給。

(3) 併用メニュー

- 1年目に（1）の取組による助成（20万円）を受けた後、
- 2年目に（2）の取組による助成（30万円）を受けることが可能。

助成金活用イメージ <手当等により収入を増加させる場合（手当等支給メニュー）>

被用者保険適用後、社会保険料相当額の一時的な手当支給を行った事業主に助成（最大2年間）。3年目以降、継続的な収入の増加に取り組むことが必要。

（時給1,016円・週所定労働時間20時間の者が、適用拡大により新たに被保険者となるケース）



【適用後】

1年目

助成額：20万円
（10万円×2回）

2年目

助成額：20万円
（10万円×2回）

3年目

助成額：10万円

数年後

週20時間（時給1,016円）

週20時間（時給1,016円）

週20時間（時給1,199円）

【適用前】

週20時間
（時給1,016円）

年収
約106万円

社会保険適用
促進手当として
支給する場
合には標準報
酬月額の見
定に考慮し
ない

一時的な手当
約16万円(15%分)

保険料約16万円
手取り年収
約90万円

労働者
手取り
106万円

社会保険適用
促進手当として
支給する場
合には標準報
酬月額の見
定に考慮し
ない

一時的な手当
約16万円(15%分)

保険料約16万円
手取り年収
約90万円

労働者
手取り
106万円

賃金（時給）を
18%以上増額

保険料約19万円
手取り年収
約106万円

労働者
手取り
106万円

1年目開始

6ヶ月

2年目開始

1年6ヶ月

3年目開始

2年6ヶ月

キャリアアップ計画の提出
※今後の取組の方向性を確認

2ヶ月
支給申請（1回目）

2ヶ月
支給申請（2回目）
※2年目以降の取組内容を確認

2ヶ月
支給申請（3回目）

2ヶ月
支給申請（4回目）
※3年目以降の18%増額を
賃金規定等により確認

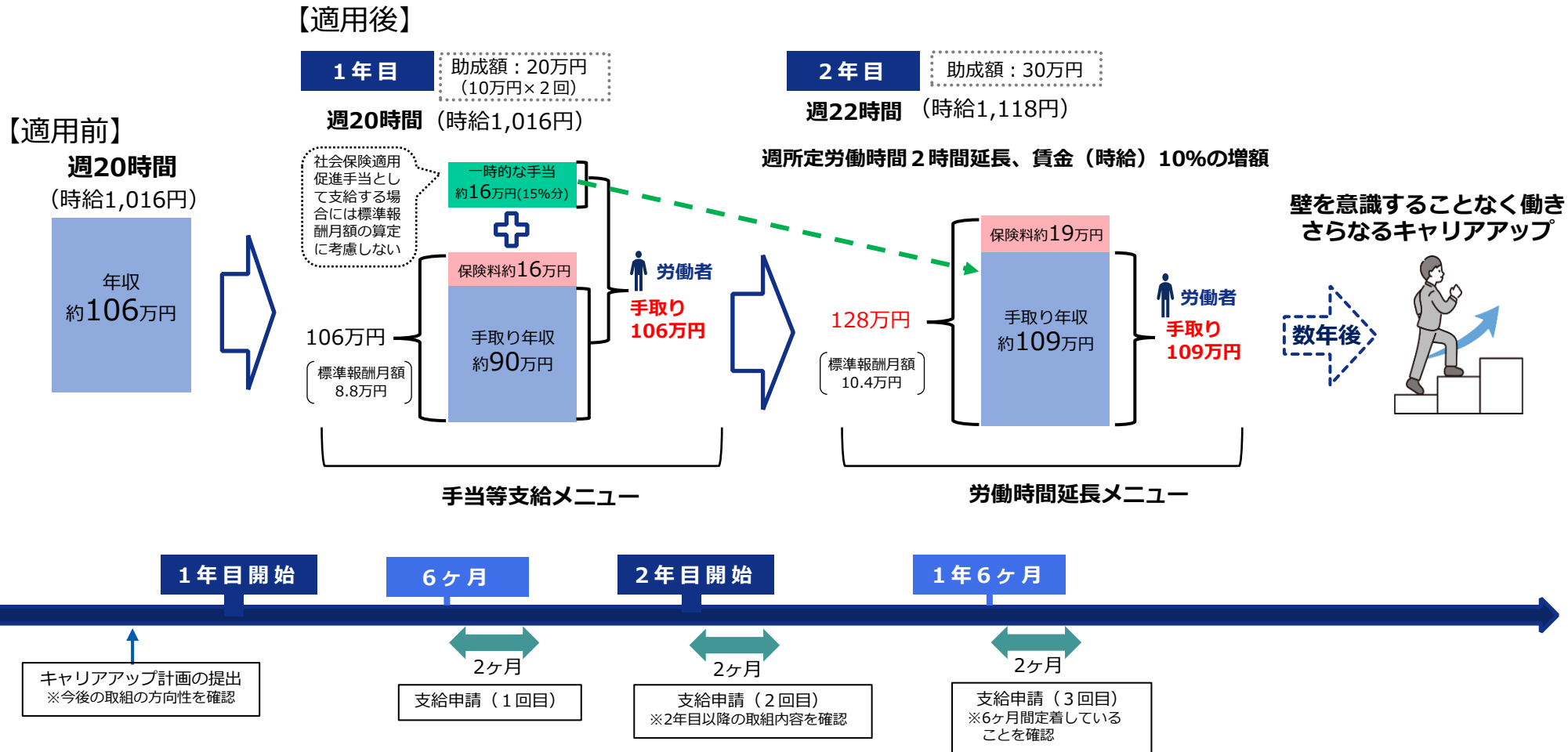
2ヶ月
支給申請（5回目）
※6ヶ月間定着している
ことを確認

※上記のイメージは、保険料率30.12%（令和5年度の厚生年金保険料率18.3%、健康保険料率（協会けんぽの全国平均）10.0%、介護保険料率（協会けんぽ）1.82%）で労使折半で計算した場合。また、実際の保険料の算定基礎には、諸手当も含まれるため、実際の保険料、手取り等とは異なる。なお、税金については考慮していない。

助成金活用イメージ <手当等と労働時間延長を組み合わせる場合（併用メニュー）>

被用者保険適用後、1年間は一時的な手当支給を行い、2年目以降、継続的な収入の増加に取り組む場合。

（時給1,016円・週所定労働時間20時間の者が、適用拡大により新たに被保険者となるケース）



※上記のイメージは、保険料率30.12%（令和5年度の厚生年金保険料率18.3%、健康保険料率（協会けんぽの全国平均）10.0%、介護保険料率（協会けんぽ）1.82%）で労使折半で計算した場合。また、実際の保険料の算定基礎には、諸手当も含まれるため、実際の保険料、手取り等とは異なる。なお、税金については考慮していない。

社会保険適用促進手当について

概要

- 短時間労働者への被用者保険の適用を促進するため、非適用の労働者が新たに適用となった場合に、事業主は、当該労働者の保険料負担を軽減するため、「社会保険適用促進手当」を支給することができることとする。

※ 当該手当などにより標準報酬月額・標準賞与額の15%以上分を追加支給した場合、キャリアアップ助成金の対象となりうる。

- 「社会保険適用促進手当」は、給与・賞与とは別に支給するものとし、新たに発生した本人負担分の保険料相当額を上限として、保険料算定の基礎となる標準報酬月額・標準賞与額の算定に考慮しないこととする。

※ 同一事業所内で同じ条件で働く他の労働者にも同水準の手当を特例的に支給する場合には、社会保険適用促進手当に準じるものとして、同様の取り扱いとする。

要件等

①対象者

標準報酬月額が10.4万円以下の者

②報酬から除外する手当の上限額

被用者保険適用に伴い新たに発生した本人負担分の保険料相当額とする。

※令和5年度の厚生年金保険料率18.3%、健康保険料率（協会けんぽの全国平均）10.0%、介護保険料率1.82%の場合の本人負担分保険料相当額

標準報酬月額	8.8万円	9.8万円	10.4万円
上限額（年額）	15.9万円	17.7万円	18.8万円

③期間の上限

最大2年間の措置とする。

（例）年収106万円（標準報酬月額8.8万円）で勤務する者が、令和6年10月の適用拡大により適用となった際に本手当を利用した場合の試算

	被用者保険適用前	被用者保険適用後		
		手当の支給なし	手当の支給あり 保険料の算定対象とする場合	手当の支給あり 保険料の算定対象としない場合
算定対象となる 年収	106万円	106万円	122万円	106万円 (対象外 手当16万円)
本人負担分の 保険料	—	16万円	18万円	16万円
手取り収入	106万円	90万円	103万円	106万円
事業主の 追加負担	—	16万円 (保険料16万円)	34万円 (手当16万円、保険料18万円)	32万円 (手当16万円、保険料16万円)

労働者・企業
共に2万円の
負担減！

※保険料率は、令和5年度の厚生年金保険料率18.3%、健康保険料率（協会けんぽの全国平均）10.0%、介護保険料率1.82%の合計（30.12%）で計算

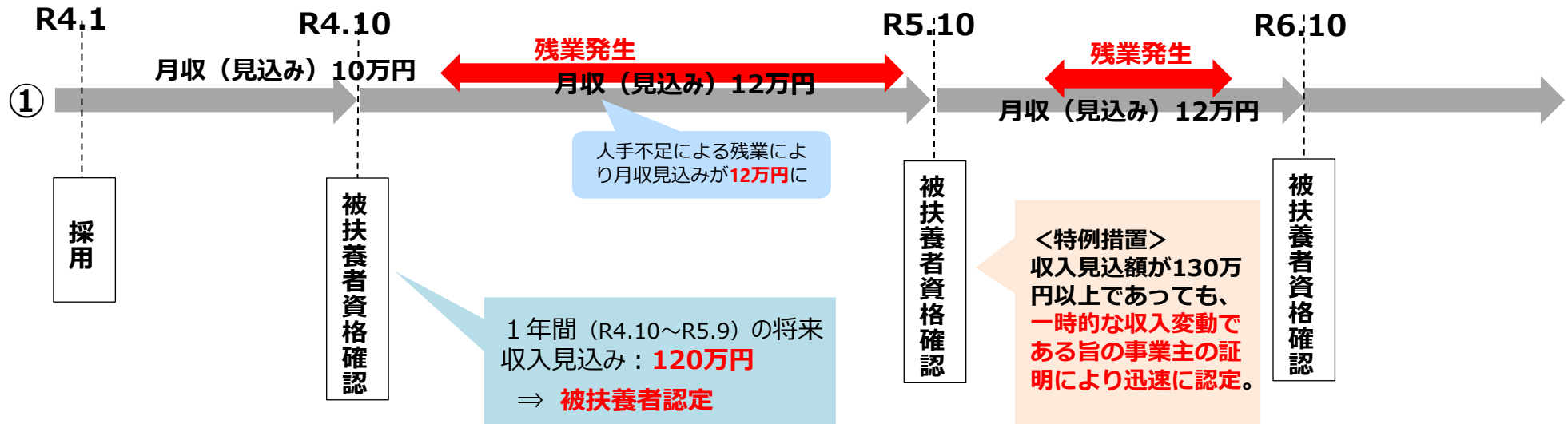
事業主の証明による被扶養者認定の円滑化

概要

- 被扶養者認定においては、過去の課税証明書、給与明細書、雇用契約書等を確認しているところ、短時間労働者である被扶養者（第3号被保険者等）について、一時的に年収が130万円以上となる場合には、これらに加えて、人手不足による労働時間延長等に伴う一時的な収入変動である旨の事業主の証明を添付することで、迅速な被扶養者認定を可能とする。

※ あくまでも「一時的な事情」として認定を行うことから、同一の者について原則として連続2回までを上限とする。

(例) 被扶養者の範囲内で働く予定（月収10万円）であったが、残業により収入増になった場合

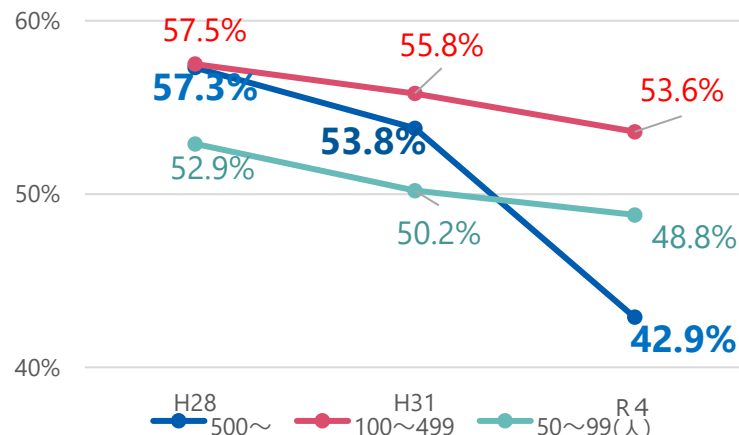


企業の配偶者手当の見直しの促進

課題

- ① 収入要件のある配偶者手当が、社会保障制度とともに、就業調整の要因となっているとされている。
- ② 配偶者手当の見直しは、現在支給されている人にとっては不利益変更となりうるため、労働契約法や判例等に留意した対応が必要。
- ③ 配偶者手当の見直しの必要性・メリット・手順等について、企業等への理解を深めることが必要。

配偶者手当（収入制限あり）支給状況（規模別）



出典：「職種別民間給与実態調査」(人事院)を加工して作成。
※ 同調査の結果を用いて、配偶者に家族手当を支給し、かつ、配偶者の収入による制限がある事業所について算出。

具体的な対応

令和6年春の賃金見直しに向けた労使の話し合いの中で配偶者手当の見直しも議論されるよう、以下の対応を実施。

- ① 中小企業においても配偶者手当の見直しが進むよう、見直しの手順をフローチャートで示す等わかりやすい資料を作成・公表する。
- ② 配偶者手当が就業調整の一因となっていること、配偶者手当を支給している企業が減少の傾向にあること等を各地域で開催するセミナーで説明するとともに、中小企業団体等を通じて周知する。

(参考) 見直しの具体例：配偶者手当を廃止又は縮小し、基本給や子どもへの手当を増額

(参考) 一般職国家公務員については、平成29年に、配偶者に係る扶養手当の減額と子に係る扶養手当の増額を行っている。

また、令和5年 人事院 公務員人事管理に関する報告において、さらなる見直しの検討を進めることが盛り込まれている。

業務改善助成金（設備投資等により事業場内最低賃金の引上げに取り組む中小企業等に対する助成金）の活用推進

事業場内の最低賃金（事業場内で最も低い時間給）を一定額以上引き上げるとともに、生産性向上に資する設備投資等を行った中小企業・小規模事業者に対し、その設備投資等に要した費用の一部を助成する「業務改善助成金」について、活用を推進していく。

制度の概要



※賃金引上げ計画は、事業場規模50人未満の事業場については、令和5年4月1日～12月31日に賃金引上げを実施している場合は不要（実績の提出は必要）。

【対象事業場】

- ・事業場内最低賃金と地域別最低賃金の差額が50円以内

【助成上限額】

（単位：万円）

引き上げる労働者数	引上げ額(※2)			
	30円	45円	60円	90円
1人	30(60)	45(80)	60(110)	90(170)
2～3人	50(90)	70(110)	90(160)	150(240)
4～6人	70(100)	100(140)	150(190)	270(290)
7人以上	100(120)	150(160)	230	450
10人以上(※1)	120(130)	180	300	600

※1 引上げ労働者数10人以上の上限額は一定の要件を満たした場合に適用

※2 「引上げ額」欄の()は事業場規模30人未満

【助成率】

900円未満	900円以上950円未満	950円以上
9/10	4/5(9/10)	3/4(4/5)

※ () 内は生産性要件を満たした事業者の場合

助成対象の例

設備投資

- ▶ POSレジシステム導入による在庫管理の短縮
- ▶ リフト付き特殊車両の導入による送迎時間の短縮

コンサルティング

- ▶ 専門家による業務フロー見直しによる顧客回転率の向上

その他

- ▶ 店舗改装による配膳時間の短縮

【助成対象の特例的な拡充】

コロナ禍で売上高等が15%以上減少した事業者や原材料費の高騰など社会的・経済的環境の変化等外的要因により利益率が3%ポイント以上低下した事業者に限り、以下の経費も助成。

- ・乗車定員7人以上又は200万円以下の乗用自動車及び貨物自動車等
- ・パソコン、スマホ、タブレット等の端末及び周辺機器の新規導入
- ・生産性向上に資する設備投資等に「関連する費用」（広告宣伝費、机・椅子の増設等）

<関連する経費について>

<生産性向上に資する設備投資>
デリバリーサービスを行っている飲食店が、機動的に配送できるようデリバリー用3輪バイクを導入



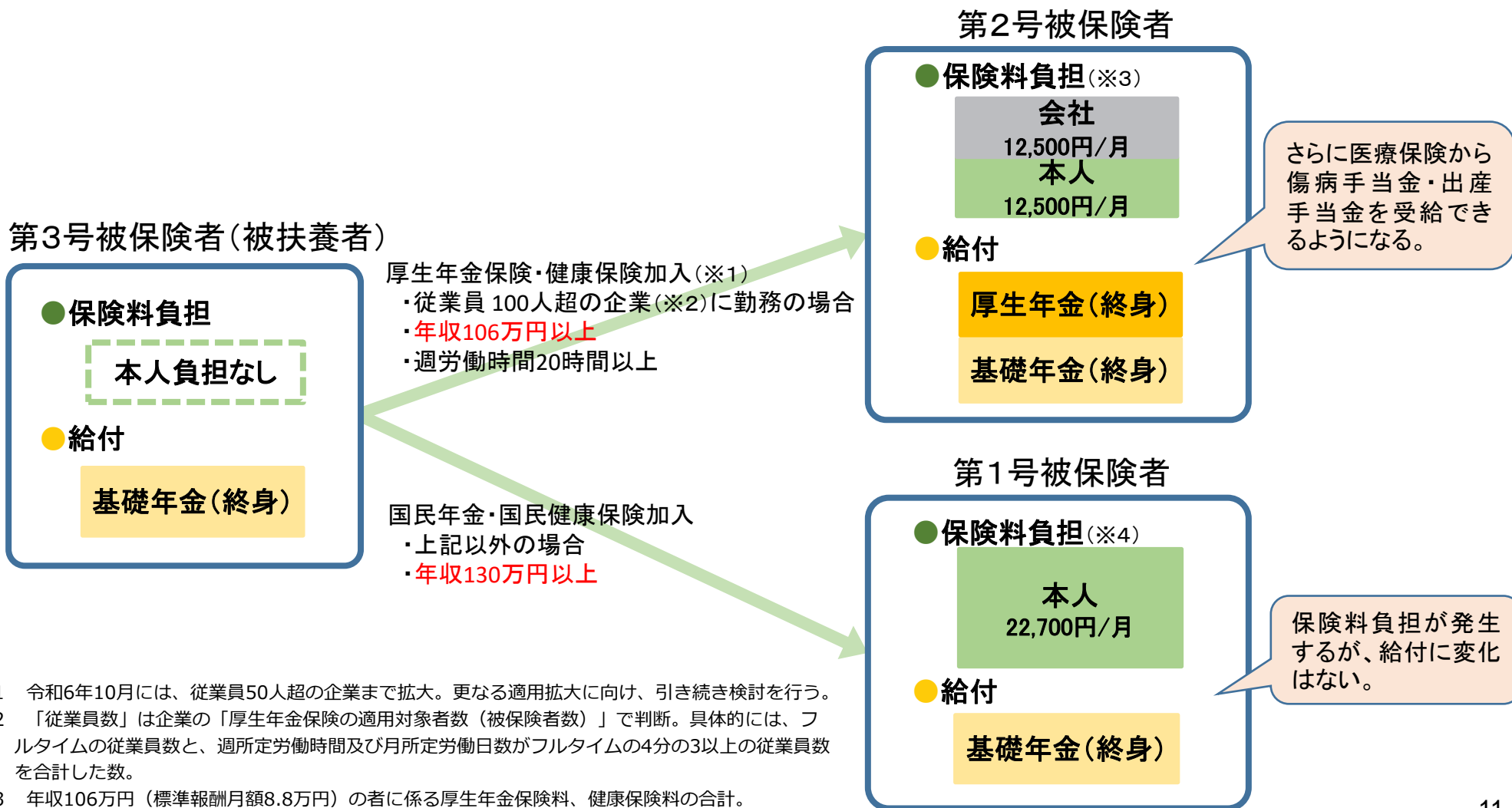
<関連する経費>

デリバリーサービスを幅広く周知するための広告宣伝を実施



【参考】「年収の壁」に関する適用関係（イメージ）

第3号被保険者（被扶養者）の収入等が増加したことにより、被扶養者でなくなる場合、本人が①厚生年金保険・健康保険に加入するか、②国民年金・国民健康保険に加入することになり、社会保険料の負担が発生する。



後期高齢者医療の窓口負担割合の見直しの影響について

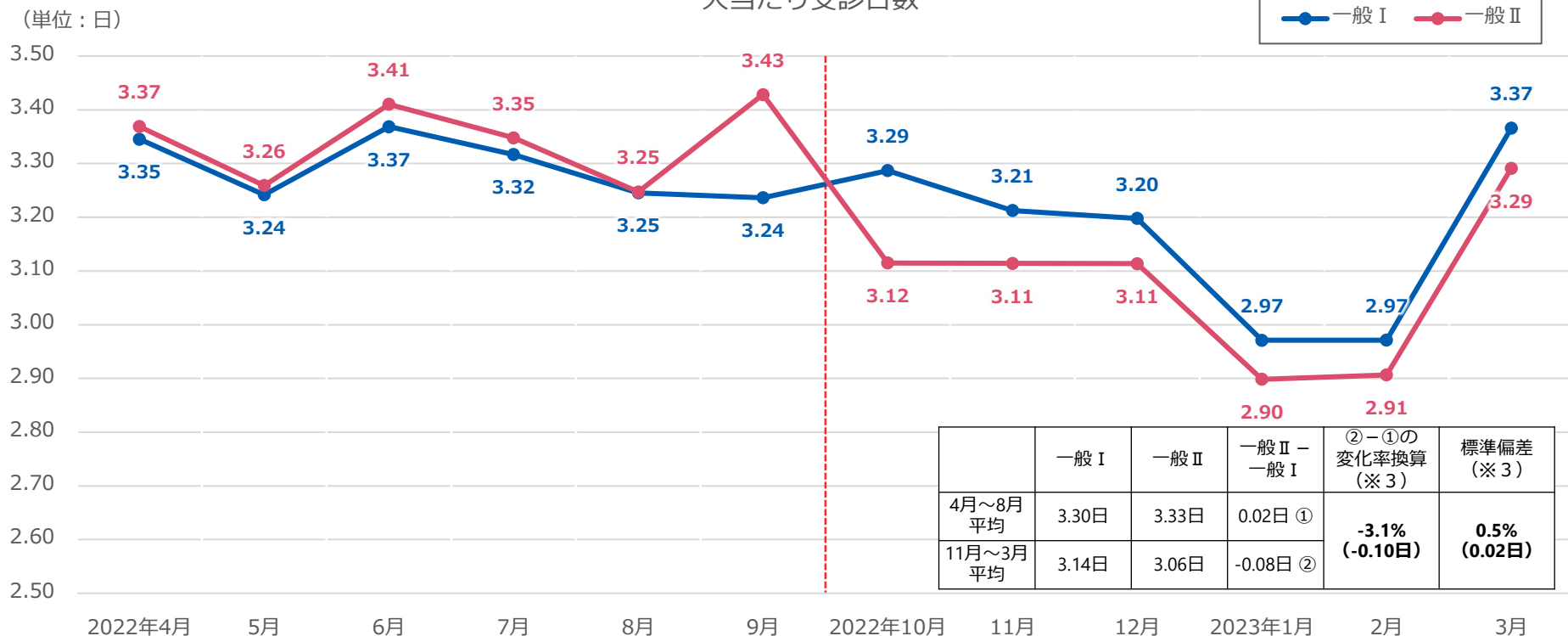
厚生労働省 保険局

Ministry of Health, Labour and Welfare of Japan

後期高齢者医療の窓口2割負担導入の影響について

- 一定以上所得者の窓口2割負担の施行前後6ヶ月の受診日数について、被保険者の窓口負担割合別に調査・分析した。本来であれば、施行後のデータ期間は1年程度を要するのが望ましいが、迅速な情報開示の観点から、今回は短期的なデータにより分析。
※一般所得者のうち、引き続き1割負担の者を一般Ⅰ、10月以降2割負担となる者を一般Ⅱとしている。
- 「(一般Ⅱ-一般Ⅰの11~3月平均) - (一般Ⅱ-一般Ⅰの4~8月平均)」から窓口2割負担導入の影響(いわゆる差の差)をみると、
平均値：▲0.10日(変化率換算：▲3.1%) 標準偏差：0.02日(変化率換算：0.5%) ※3
であり、統計学的には、その影響は▲2.0%~▲4.1%(変化率換算の平均±標準偏差の2倍の幅)に約95%収まっている(制度改正時のいわゆる「長瀬効果」※4の影響見込み(▲2.6%)もこの幅内)。

一人当たり受診日数



	一般Ⅰ	一般Ⅱ	一般Ⅱ - 一般Ⅰ	②-①の 変化率換算 (※3)	標準偏差 (※3)
4月~8月 平均	3.30日	3.33日	0.02日 ①	-3.1% (-0.10日)	0.5% (0.02日)
11月~3月 平均	3.14日	3.06日	-0.08日 ②		

(資料出所) 厚生労働省保険局調べ

- ※1 2022年9月以前については、被保険者ごとに所得の情報から施行後の窓口負担割合を推定し集計している。
- ※2 各月の数値は1月当たりの受診日数。4月~8月平均及び11月~3月平均は、当該期間の各月の平均受診日数の5か月平均。
- ※3 変化率換算は、一般Ⅱの4~8月の平均受診日数で除したものである。
- ※4 患者の自己負担割合が変化した場合に受診日数等が変化することを長瀬効果という。



診療報酬改定の基本方針 参考資料

厚生労働省 保険局

Ministry of Health, Labour and Welfare of Japan

目次

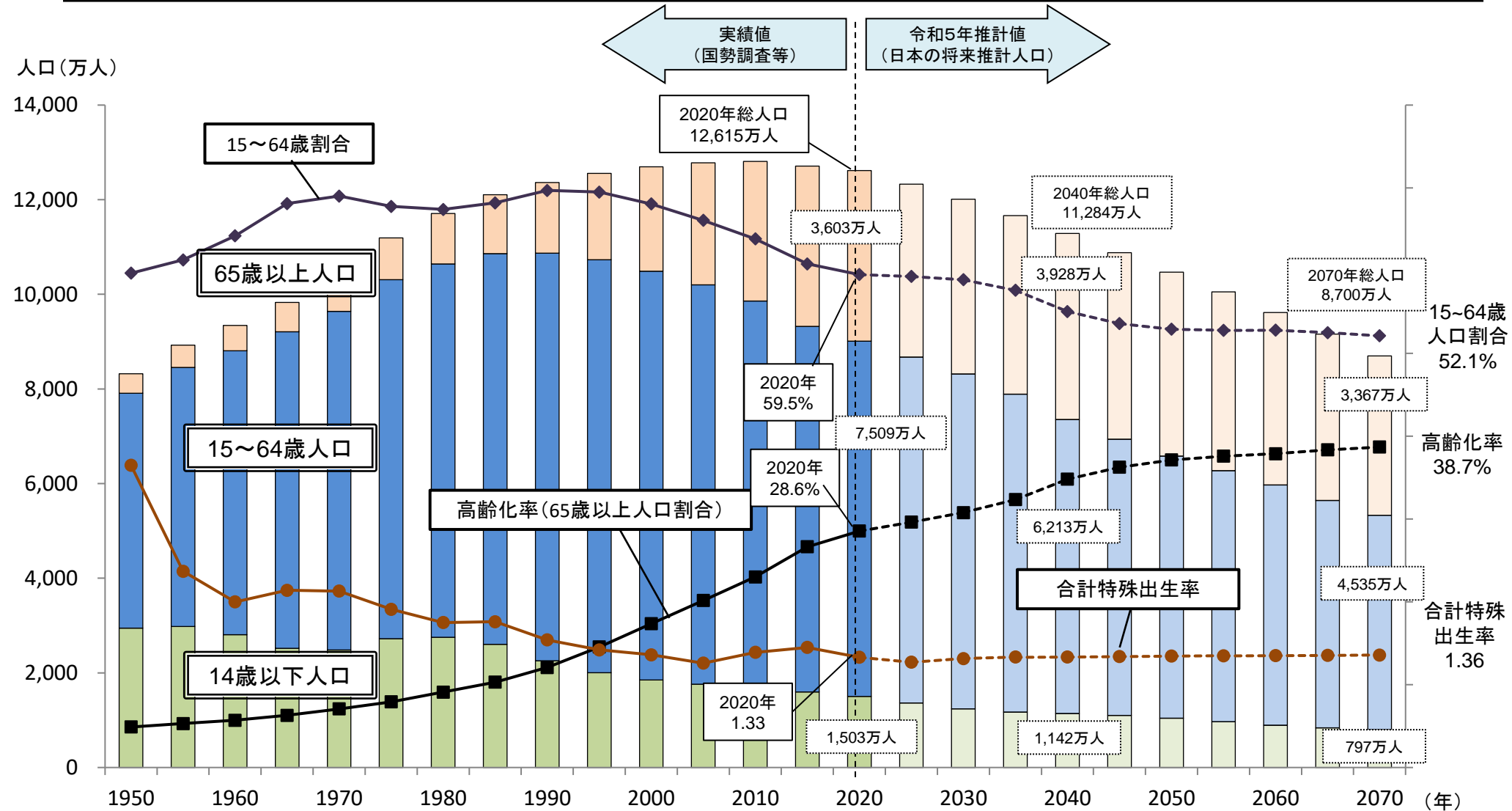
医療を取り巻く状況	・・・・・・・・・・	P 2
令和4年度診療報酬改定まで	・・	P 15
関係閣議決定等	・・・・・・・・・・	P 28

医療を取り巻く状況



日本の人口の推移

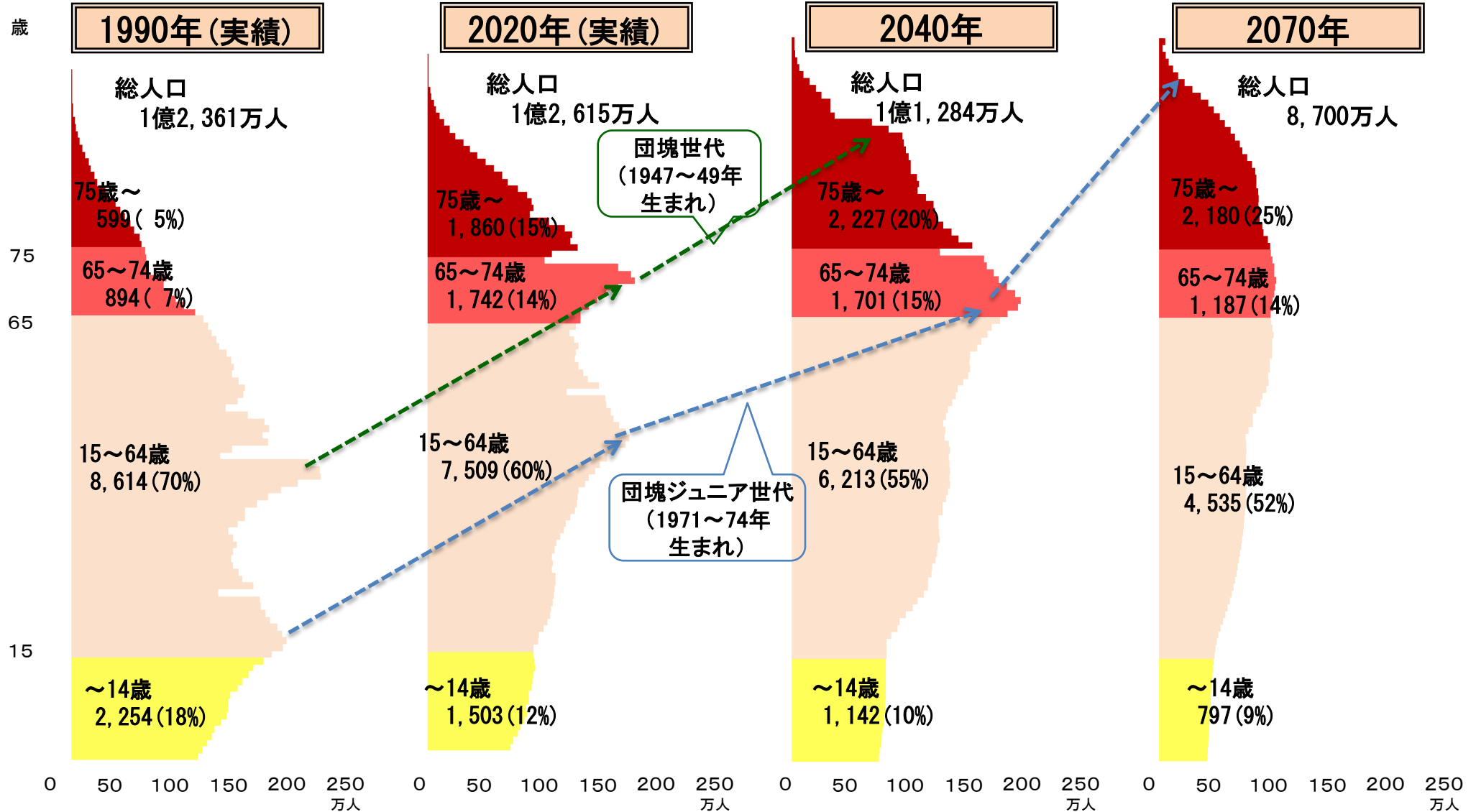
○ 日本の人口は近年減少局面を迎えている。2070年には総人口が9,000万人を割り込み、高齢化率は39%の水準になると推計されている。



(出所) 2020年までの人口は総務省「国勢調査」、合計特殊出生率は厚生労働省「人口動態統計」、2025年以降は国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口(令和5年推計)」(出生中位(死亡中位)推計)

日本の人口ピラミッドの変化

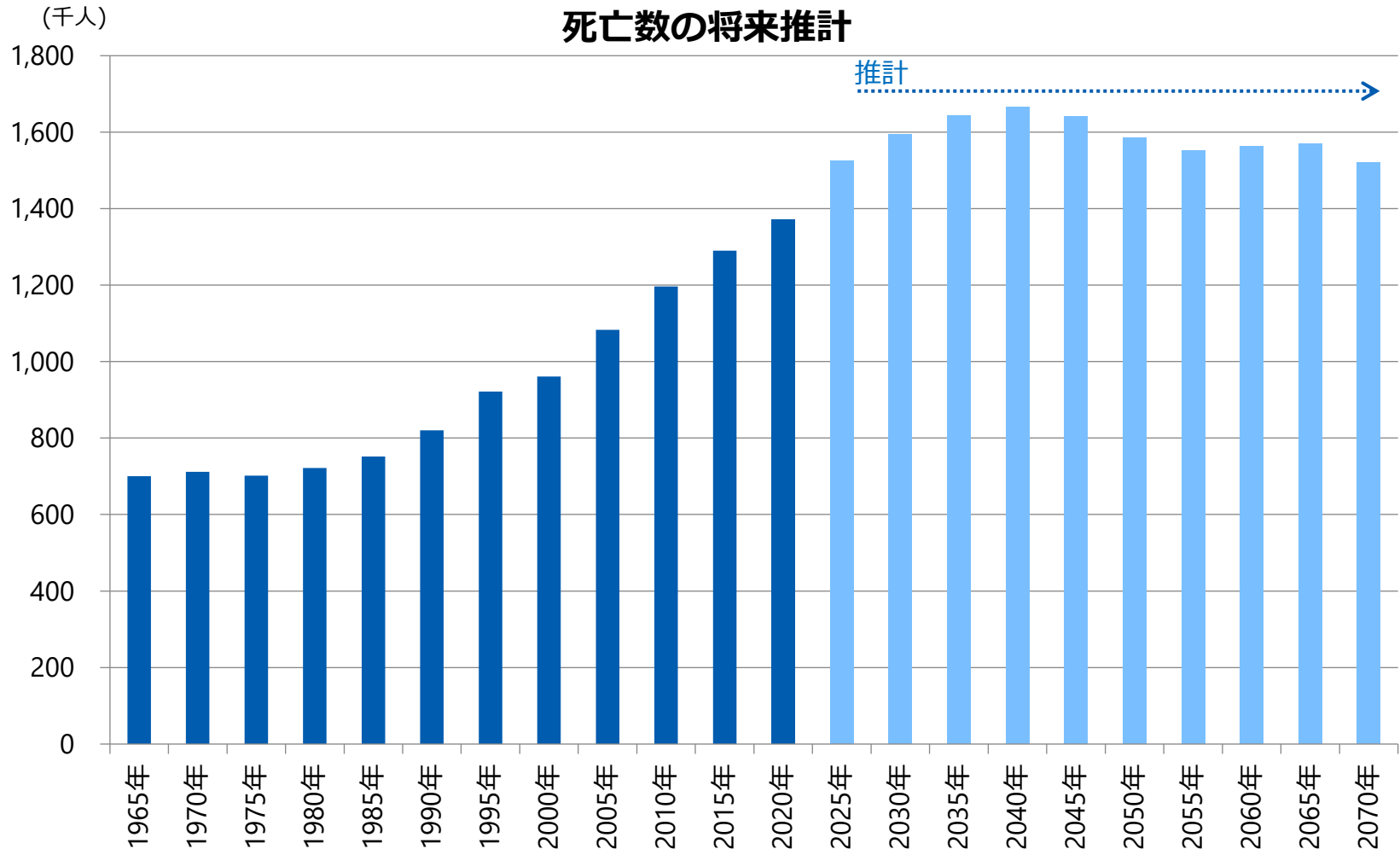
○団塊のジュニア世代が65歳となる2040年には、65歳以上が全人口の35%となる。
 ○2070年には、人口は8,700万人にまで減少するが、一方で、65歳以上は全人口の約39%となる。



(出所) 総務省「国勢調査」、国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口(令和5年推計)」「(出生中位(死亡中位)推計)

死亡数の将来推計

○ 今後も、年間の死亡数は増加傾向を示すことが予想され、最も年間死亡数の多い2040年と2015年では約38万人/年の差が推計されている。



出典：2020年以前は厚生労働省「人口動態統計」による死亡数（日本人）

2025年以降は国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口（令和5年4月推計）」の死亡中位仮定による推計結果

令和4年度 医療費の動向 ～概算医療費の集計結果～

* 概算医療費とは
医療費の動向を迅速に把握するために、医療機関からの診療報酬の請求（レセプト）に基づいて、医療保険・公費負担医療分の医療費を集計したもの。労災・全額自費等の費用を含まず、国民医療費の約98%に相当。

- 令和4年度の概算医療費は46.0兆円、対前年同期比で4.0%の増加、対令和元年度比で5.5%の増加。
なお、対令和元年度比の5.5%の増加は3年分の伸び率であり、1年当たりに換算すると1.8%の増加。
- 令和4年度の受診延日数は、対前年同期比で2.0%の増加、1日当たり医療費は2.0%の増加。
- 令和4年度の診療種類別では、いずれの診療種類別も対前年同期比でプラス、対令和元年度比でもプラスとなった。

診療種類別 医療費の対前年伸び率（対前年同期比）（%）

	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和4年度 対令和元年度比	1年当たりに 換算した 伸び率
総計	2.4	-3.1	4.6	4.0	5.5	(1.8)
入院	2.0	-3.0	2.8	2.9	2.6	(0.9)
入院外	2.0	-4.3	7.5	6.3	9.3	(3.0)
歯科	1.9	-0.8	4.8	2.6	6.7	(2.2)
調剤	3.6	-2.6	2.7	1.7	1.8	(0.6)

令和4年度 医療費の動向 <概観>

- 令和3年度に引き続き令和2年度の減少の反動や、新型コロナウイルス感染症の患者が増えた影響等があり、令和4年度の概算医療費は46.0兆円、金額で1.8兆円、伸び率で4.0%の増加となっている。また、その内訳を見ると受診延日数は2.0%の増加、1日当たり医療費は2.0%の増加となっている。
- 新型コロナウイルス感染症の影響の少ない令和元年度と比べると、医療費は5.5%の増加となっており、その内訳を見ると、受診延日数は▲3.6%と減少し、1日当たり医療費は9.4%増加している。

							(兆円、%)
	平成29年度	平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	
概算医療費	42.2	42.6	43.6	42.2	44.2	46.0	令和4年度 対元年度比
対前年増減額	0.9	0.3	1.0	▲ 1.3	2.0	1.8	
伸び率 (①)	2.3	0.8	2.4	▲ 3.1	4.6	4.0	
(休日数等補正後)	(2.3)	(0.9)	(2.9)	(▲ 3.7)	(4.7)	※1 (3.9)	
受診延日数	▲ 0.1	▲ 0.5	▲ 0.8	▲ 8.5	3.3	2.0	
1日当たり医療費	2.4	1.3	3.2	5.9	1.3	2.0	▲ 3.6
人口増の影響 (②)	▲ 0.2	▲ 0.2	▲ 0.2	▲ 0.3	▲ 0.5	▲ 0.4	9.4
高齢化の影響 (③)	1.2	1.1	1.0	1.1	1.1	0.9	
診療報酬改定等 (④)		▲ 1.19	▲ 0.07	▲ 0.46	※2 ▲ 0.9	▲ 0.94	
上記の影響を除いた概算医療費の伸び率 (①-②-③-④)	1.3	1.1	1.6	▲ 3.4	5.0	4.5	

※ 1 令和4年度の休日数等の対前年度差異は土曜日が1日少なく、休日でない木曜日が2日少なく、連休数が4日少なかったことから、伸び率に対する休日数等補正は+0.04%。

※ 2 令和3年度の概算医療費を用いて、薬価改定の影響を医療費に対する率へ換算したもの。

(参考) 主傷病がCOVID-19であるレセプト(電算処理分)を対象に医科医療費を集計すると、令和4年度で8,600億円(全体の1.9%)程度。

令和4年度概算医療費における新型コロナの診療報酬上の特例の影響について

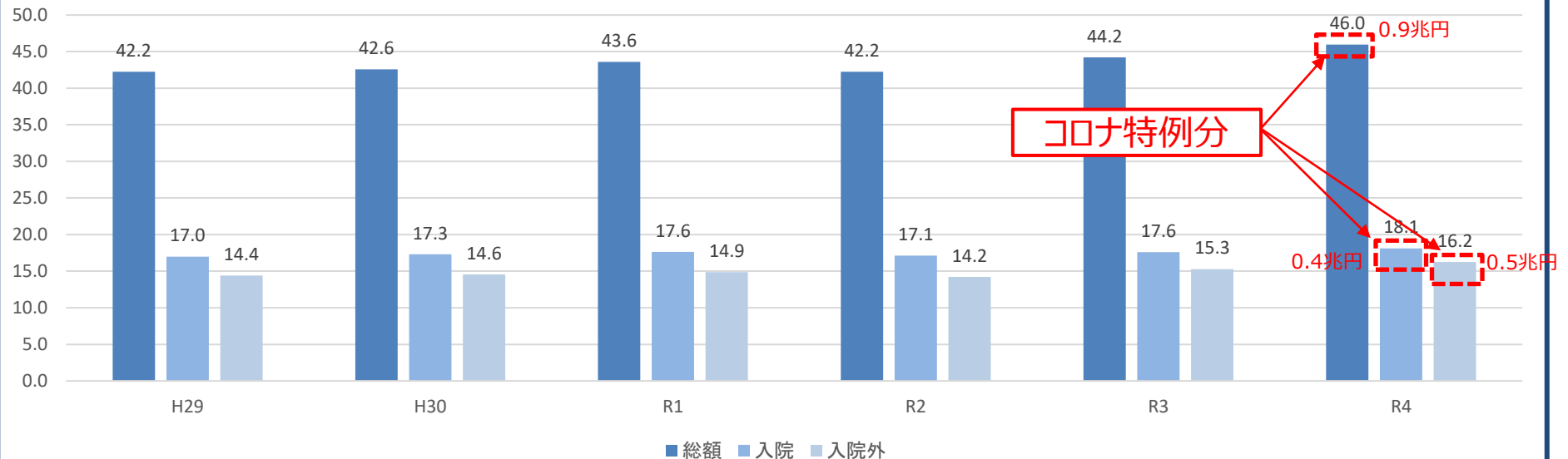
	総額		
		(再掲) 入院	(再掲) 入院外
令和4年度概算医療費	46.0兆円	18.1兆円	16.2兆円
うち特例分	0.9兆円	0.4兆円	0.5兆円
特例が占める割合	1.9%	2.2%	2.8%

※ 入院は、入院時食事療養費・入院時生活療養費を含む。総額は、調剤分及び歯科分の医療費や療養費等を含む。

※ 特例分は、新型コロナの診療報酬上の特例措置による増額分を、医科・歯科・調剤NDBデータについて合計したもの。

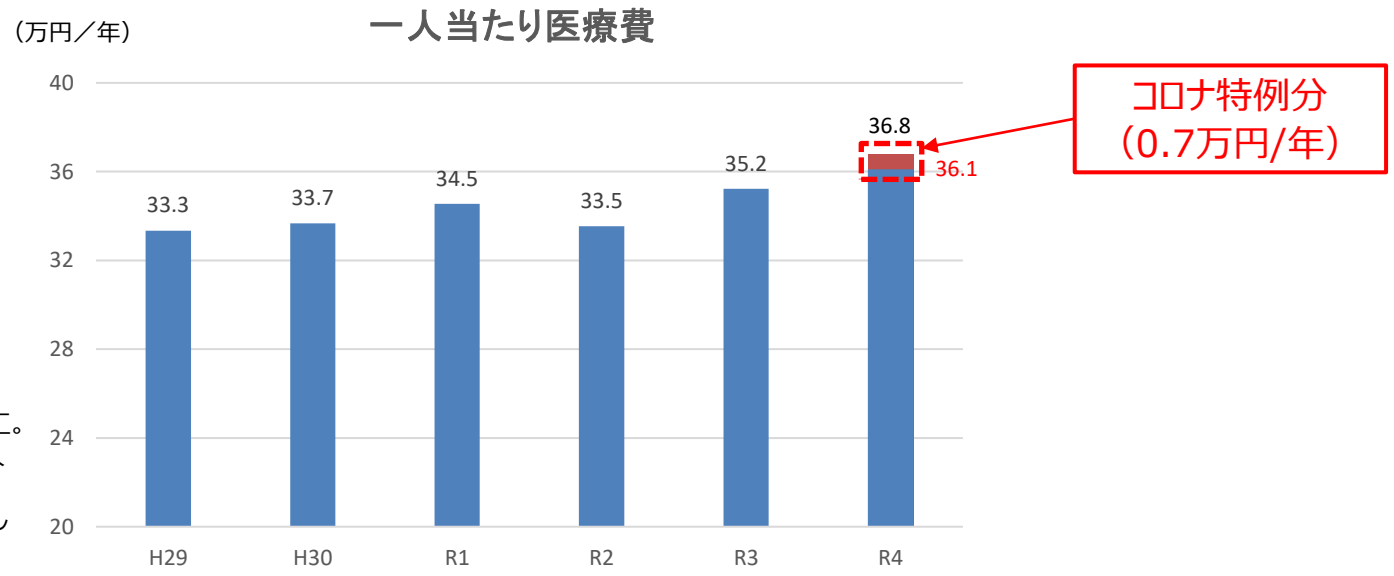
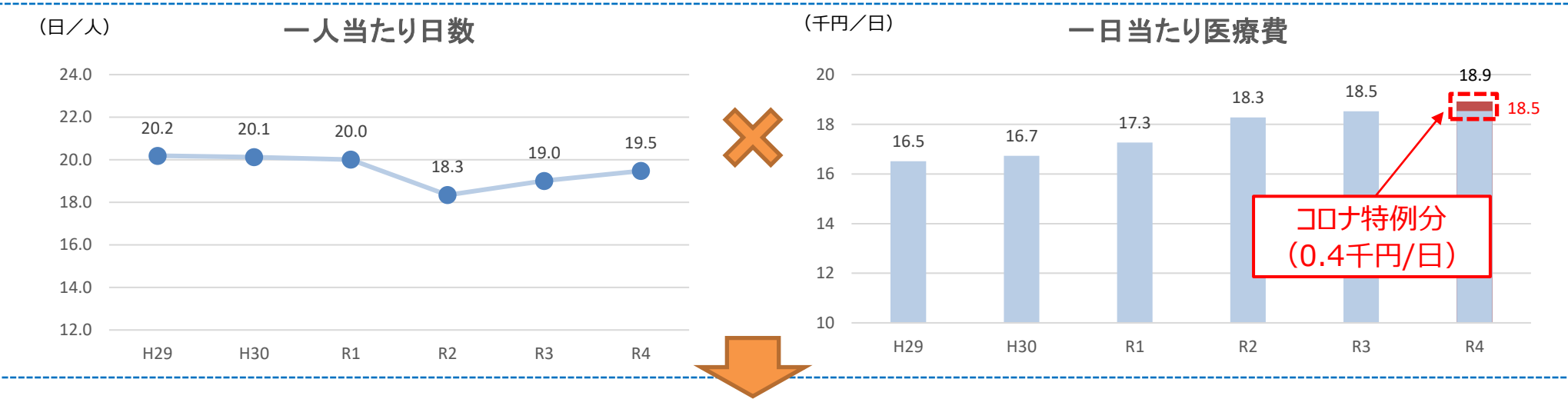
※ この特例分は、「令和4年度 医療費の動向」で示した「主傷病がCOVID-19であるレセプト（電算処理分）を対象に医科医療費を集計すると、令和4年度で 8,600億円（全体の1.9%）程度」とは異なるもの。具体的には、「令和4年度で 8,600億円（全体の1.9%）程度」には、新型コロナ患者に係る医療費のうち特例措置（特例分）ではない医療費（初・再診料、入院基本料、検査料、薬剤費など）も含まれており、また、主傷病がCOVID-19ではない患者に係る特例分（疑い患者等に係る特例分）は含まれていない。

医療費



令和4年度医療費等について（総額）

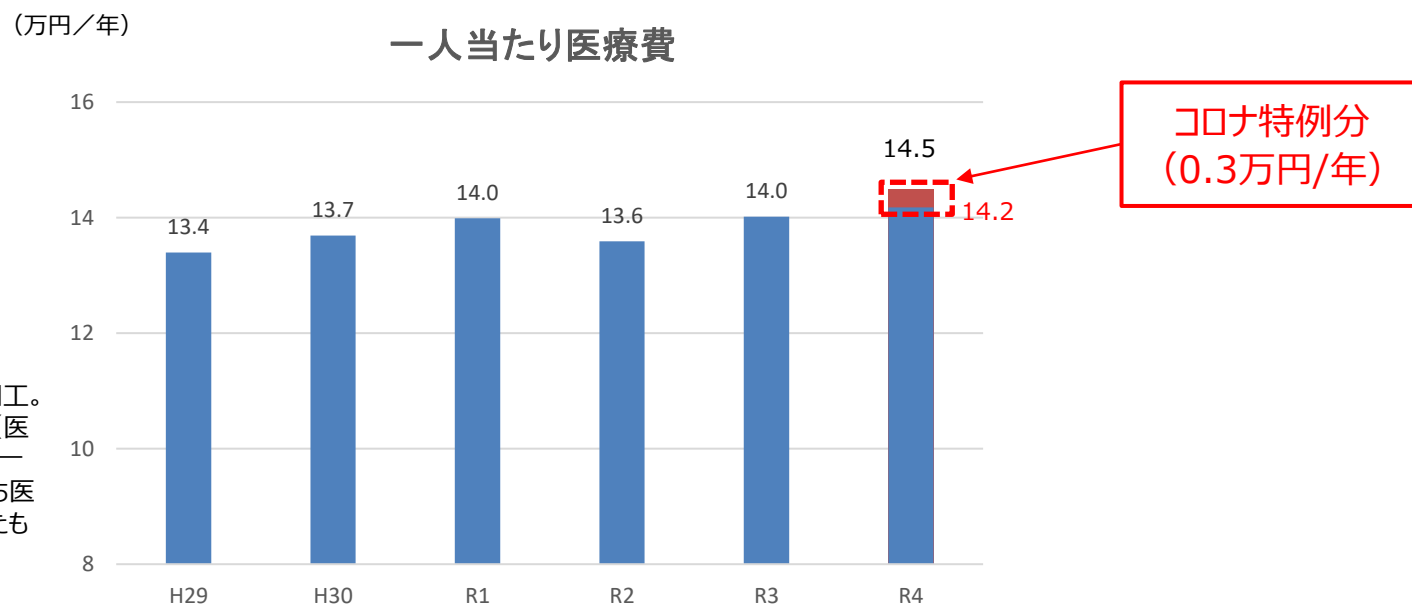
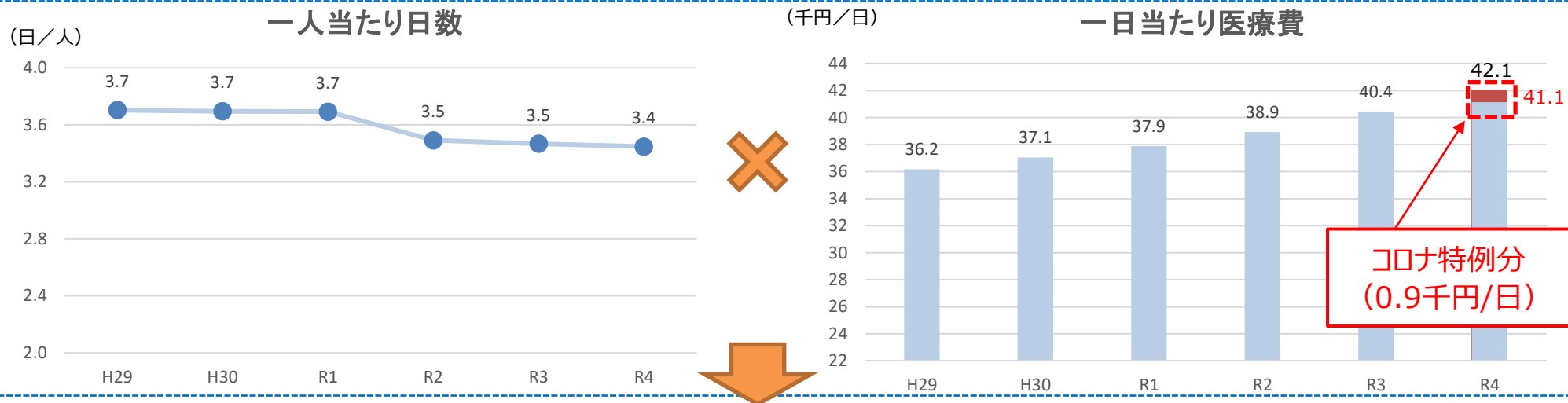
- 令和4年度の一人当たり医療費（総額）には、コロナ特例分0.7万円が含まれている。
- 対令和元年度比の令和4年度の一人当たり医療費は、34.5万円 → 36.8万円（+6.5%（1年当たり+2.1%））であるが、コロナ特例分を除くと34.5万円 → 36.1万円（+4.5%（1年当たり+1.5%））となる。



(注1) 「令和4年度 医療費の動向」より加工。
 (注2) 「一人当たり日数」は、受診延日数を人口で除したものである。「一日当たり医療費」は、概算医療費を受診延日数で除したものである。

令和4年度医療費等について（入院）

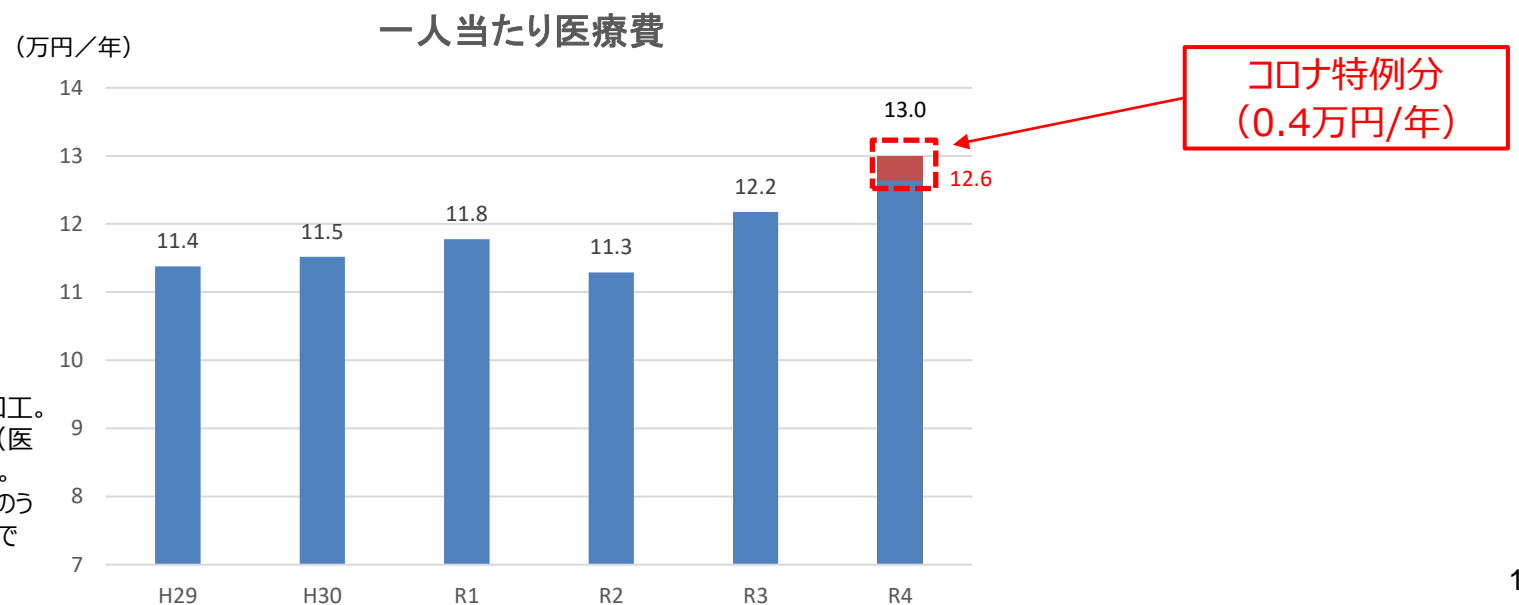
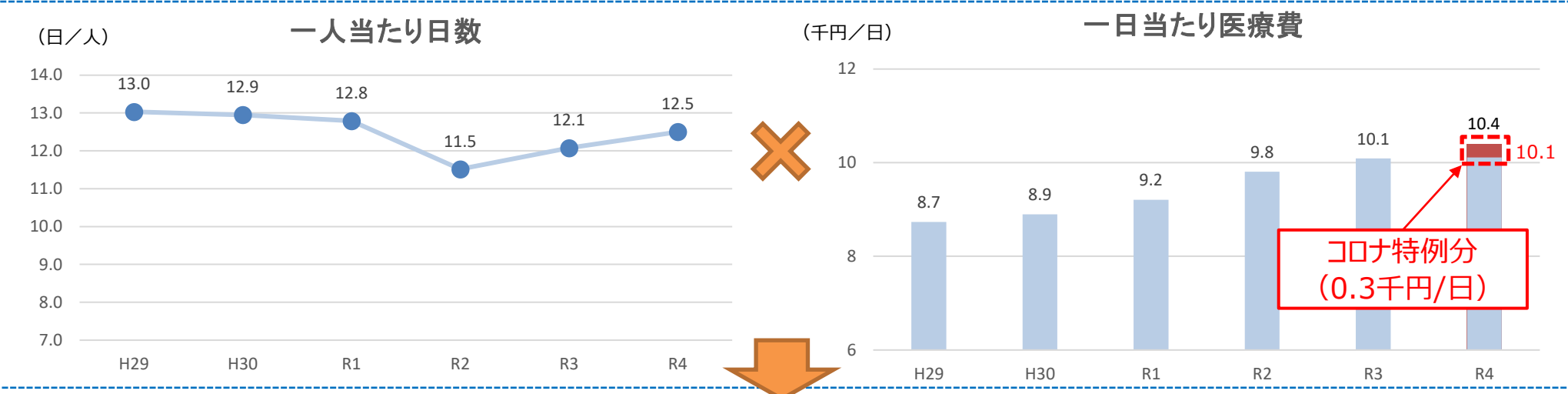
- 令和4年度の一人当たり医療費（入院）には、コロナ特例分0.3万円が含まれている。
- 対令和元年度比の令和4年度の一人当たり医療費は、14.0万円 → 14.5万円（+3.6%（1年あたり+1.2%））であるが、コロナ特例分を除くと14.0万円 → 14.2万円（+1.4%（1年あたり+0.4%））となる。



(注1) 「令和4年度 医療費の動向」より加工。
 (注2) 「一人当たり日数」は、受診延日数（医科入院）を人口で除したものである。「一日当たり医療費」は、概算医療費のうち医科入院に係る分を受診延日数で除したものである。

令和4年度医療費等について (入院外)

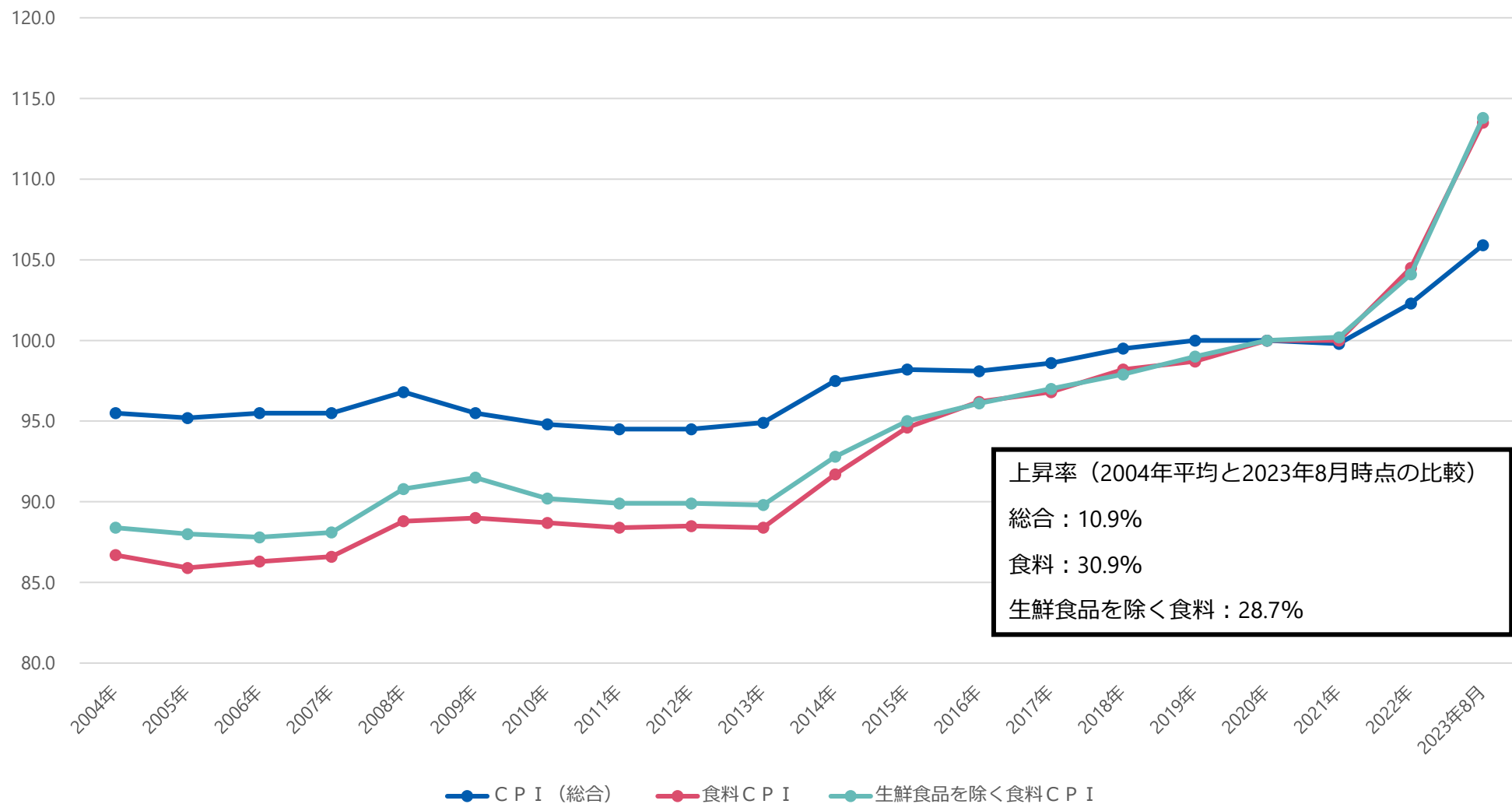
- 令和4年度の一人当たり医療費 (入院外) には、コロナ特例分0.4万円が含まれている。
- 対令和元年度比の令和4年度の一人当たり医療費は、11.8万円 → 13.0万円 (+10.4% (1年当たり+3.4%)) であるが、コロナ特例分を除くと11.8万円 → 12.6万円 (+7.3% (1年当たり+2.4%)) となる。



(注1) 「令和4年度 医療費の動向」より加工。
 (注2) 「一人当たり日数」は、受診延日数 (医科入院外) を人口で除したものである。
 「一日当たり医療費」は、概算医療費のうち医科入院外に係る分を受診延日数で除したものである。

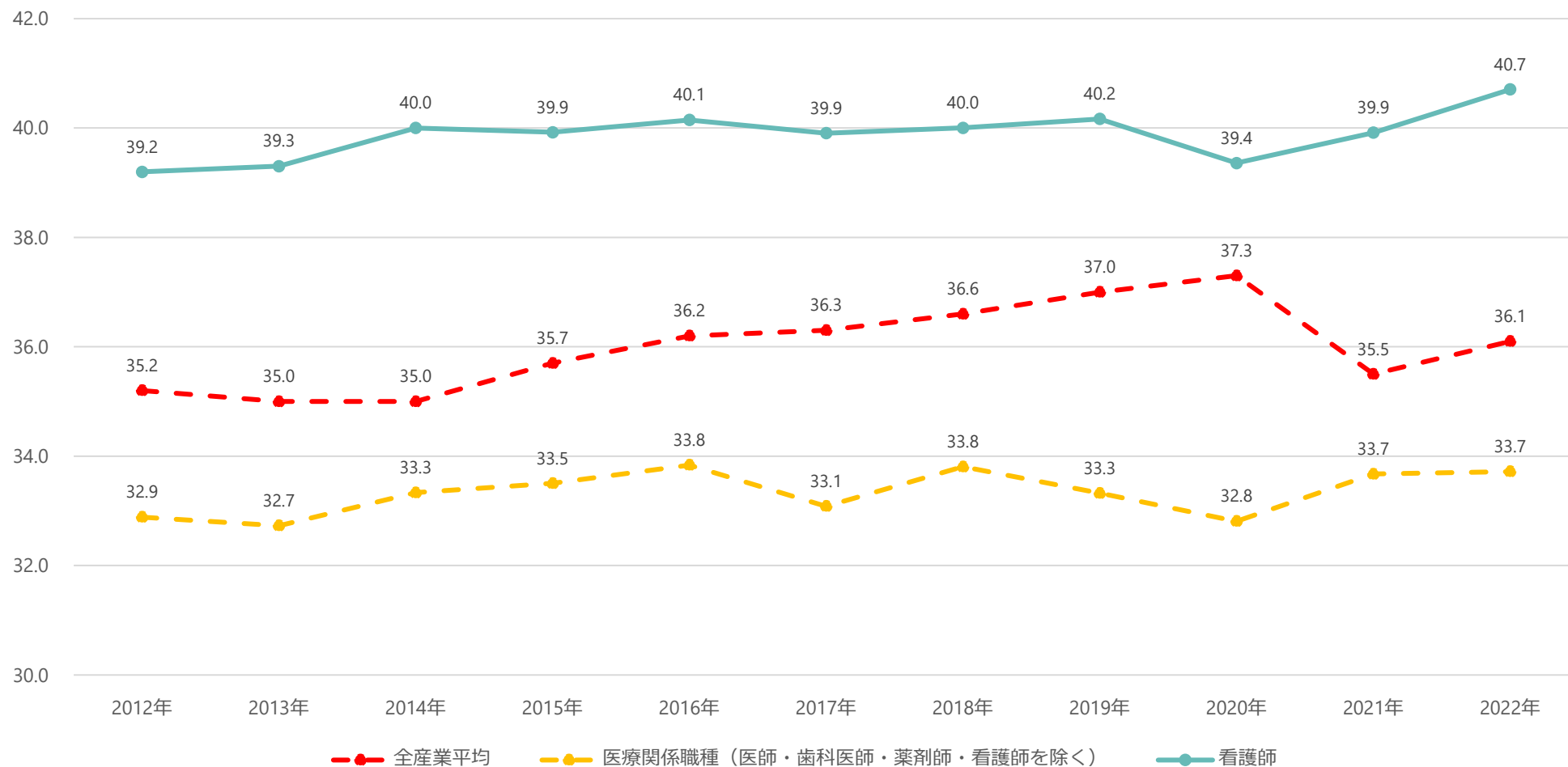
(参考) 長期的な消費者物価指数の動向

○ CPI (総合)、CPI (食料)、CPI (生鮮食品を除く食料) は共に上昇傾向。



医療関係職種の賞与込み給与の推移について

○ 医療関係職種（医師・歯科医師・薬剤師・看護師を除く）の給与の平均は全産業平均を下回っている状況。



出典：厚生労働省「令和4年賃金構造基本統計調査」に基づき保険局医療課において作成。

注1) 「賞与込み給与」は、「きまって支給する現金給与額（労働協約、就業規則等によってあらかじめ定められている支給条件、算定方法によって支給される現金給与額）」に、「年間賞与その他特別給与額（前年1年間（原則として1月から12月までの1年間）における賞与、期末手当等特別給与額（いわゆるボーナス）」の1/12を加えて算出した額

注2) 全産業平均は「10人以上規模企業における役職者」を除いて算出。「看護師」は2020年以降は役職者を除いている。「医療関係職種（医師・歯科医師・薬剤師・看護師を除く）」とは、「准看護師・診療放射線技師・臨床検査技師・理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、視能訓練士、歯科衛生士、歯科技工士、栄養士、看護補助者（看護助手）」の平均（2020年以降は役職者を除く）。

(参考) 賃金の動向

- 2023年春期生活闘争の結果によると、全産業の平均賃上げ額/率は、10,560円/3.58%となっている。

【全産業】

①平均賃金方式 (集計組合員数による加重平均)

平均賃金方式	2023回答 (2023年7月5日公表)			昨年対比	2022回答 (2022年7月5日公表)		
	集計組合数	定昇相当込み賃上げ計			集計組合数	定昇相当込み賃上げ計	
	集計組合員数	額	率		集計組合員数	額	率
	5,272 組合 2,877,053 人	10,560 円	3.58 %	4,556 円 1.51 ポイント	4,944 組合 2,710,296 人	6,004 円	2.07 %
300人未満 計	3,823 組合 362,688 人	8,021 円	3.23 %	3,178 円 1.27 ポイント	3,596 組合 340,095 人	4,843 円	1.96 %
~99人	2,313 組合 96,456 人	6,867 円	2.94 %	2,480 円 1.05 ポイント	2,184 組合 88,939 人	4,387 円	1.89 %
100~299人	1,510 組合 266,232 人	8,451 円	3.32 %	3,441 円 1.34 ポイント	1,412 組合 251,156 人	5,010 円	1.98 %
300人以上 計	1,449 組合 2,514,365 人	10,957 円	3.64 %	4,774 円 1.55 ポイント	1,348 組合 2,370,201 人	6,183 円	2.09 %
300~999人	978 組合 524,199 人	9,389 円	3.44 %	3,994 円 1.44 ポイント	902 組合 485,271 人	5,395 円	2.00 %
1,000人~	471 組合 1,990,166 人	11,380 円	3.69 %	4,984 円 1.57 ポイント	446 組合 1,884,930 人	6,396 円	2.12 %

※ 2023年と2022年で集計対象組合が異なるため、「定昇相当込み賃上げ計」の昨年対比は整合しない。

令和 4 年度診療報酬改定まで

ひと、暮らし、みらいのために



厚生労働省
Ministry of Health, Labour and Welfare

平成26年度診療報酬改定の基本方針のポイント

平成25年12月6日

社会保障審議会医療保険部会

社会保障審議会医療部会

基本認識

- 入院医療・外来医療を含めた医療機関の機能分化・強化と連携、在宅医療の充実等に取り組み、医療提供体制の再構築、地域包括ケアシステムの構築を図る。

重点課題

- 医療機関の機能分化・強化と連携、在宅医療の充実等
入院医療・外来医療を含めた医療機関の機能分化・強化と連携、在宅医療の充実 等

改定の視点

- 充実が求められる分野を適切に評価していく視点
がん医療の推進、精神疾患に対する医療の推進 等
- 患者等から見て分かりやすく納得でき、安心・安全で質の高い医療を実現する視点
医療安全対策の推進等、患者データの提出 等
- 医療従事者の負担を軽減する視点
医療従事者の負担軽減の取組、救急外来の機能分化の推進、 等
- 効率化余地がある分野を適正化する視点
後発医薬品の使用促進 等

将来に向けた課題

超少子高齢社会の医療ニーズに合わせた医療提供体制の再構築、地域包括ケアシステムの構築については、直ちに完成するものではなく、平成26年度診療報酬改定以降も、引き続き、2025(平成37)年に向けて、質の高い医療が提供される診療報酬体系の在り方の検討も含め、医療機関の機能分化・強化と連携、在宅医療の充実等に取り組んでいく必要がある。

平成26年度診療報酬改定の重点課題と対応

重点課題

社会保障審議会の「基本方針」

・医療機関の機能分化・強化と連携、在宅医療の充実等



重点課題への対応

重点課題 医療機関の機能分化・強化と連携、在宅医療の充実等

1. 入院医療について

- ① 高度急性期と一般急性期を担う病床の機能の明確化とそれらの機能に合わせた評価
- ② 長期療養患者の受け皿の確保、急性期病床と長期療養を担う病床の機能分化
- ③ 急性期後・回復期の病床の充実と機能に応じた評価
- ④ 地域の実情に配慮した評価
- ⑤ 有床診療所における入院医療の評価

2. 外来医療の機能分化・連携の推進について

- ① 主治医機能の評価
- ② 紹介率・逆紹介率の低い大病院における処方料等の適正化

3. 在宅医療を担う医療機関の確保と質の高い在宅医療の推進について

4. 医療機関相互の連携や医療・介護の連携の評価について

28年度診療報酬改定の基本的考え方

- 26年度診療報酬改定の結果、「病床の機能分化・連携」は進展。今後、さらに推進を図る必要。「外来医療・在宅医療」については、「かかりつけ医機能」の一層の強化を図ることが必要。
- また、後発医薬品については、格段の使用促進や価格適正化に取り組むことが必要。
- こうした26年度改定の結果検証を踏まえ、28年度診療報酬改定について、以下の基本的視点をもって臨む。

改定の基本的視点

**「病床の機能分化・連携」や「かかりつけ医機能」等の充実を図りつつ、「イノベーション」、「アウトカム」等を重視。
⇒ 地域で暮らす国民を中心とした、質が高く効率的な医療を実現。**

視点1

「地域包括ケアシステム」の推進と、「病床の機能分化・連携」を含む医療機能の分化・強化・連携を一層進めること

- 「病床の機能分化・連携」の促進
- 多職種の活用による「チーム医療の評価」、「勤務環境の改善」
- 質の高い「在宅医療・訪問看護」の確保 等

視点2

「かかりつけ医等」のさらなる推進など、患者にとって安心・安全な医療を実現すること

- かかりつけ医、かかりつけ歯科医、かかりつけ薬剤師・薬局の評価 等

視点3

重点的な対応が求められる医療分野を充実すること

- 緩和ケアを含む質の高いがん医療の評価
- 認知症患者への適切な医療の評価
- イノベーションや医療技術の評価 等

視点4

効率化・適正化を通じて制度の持続可能性を高めること

- 後発医薬品の価格算定ルールの見直し
- 大型駅前薬局の評価の適正化
- 費用対効果評価(アウトカム評価)の試行導入 等

平成28年度診療報酬改定の概要

I 地域包括ケアシステムの推進と医療機能の分化・強化、連携に関する視点

- 医療機能に応じた入院医療の評価(p.6)
- チーム医療の推進、勤務環境の改善、業務効率化の取組等を通じた医療従事者の負担軽減・人材確保(p.28)
- 地域包括ケアシステム推進のための取組の強化(p.39)
- 質の高い在宅医療・訪問看護の確保(p.54)
- 医療保険制度改革法も踏まえた外来医療の機能分化(p.74)

II 患者にとって安心・安全で納得できる効果的・効率的で質が高い医療を実現する視点

- かかりつけ医の評価、かかりつけ歯科医の評価、かかりつけ薬剤師・薬局の評価
- 情報通信技術(ICT)を活用した医療連携や医療に関するデータの収集・利活用の推進(p.76)
- 質の高いリハビリテーションの評価等、患者の早期の機能回復の推進(p.81)
- 明細書無料発行の推進(p.95)

III 重点的な対応が求められる医療分野を充実する視点

- 緩和ケアを含む質の高いがん医療の評価(p.97)
- 「認知症施策推進総合戦略」を踏まえた認知症患者への適切な医療の評価(p.101)
- 地域移行・地域生活支援の充実を含めた質の高い精神医療の評価(p.106)
- 難病法の施行を踏まえた難病患者への適切な医療の評価(p.116)
- 小児医療、周産期医療の充実、高齢者の増加を踏まえた救急医療の充実(p.119)
- 口腔疾患の重症化予防・口腔機能低下への対応、生活の質に配慮した医療の推進
- かかりつけ薬剤師・薬局による薬学管理や在宅医療等への貢献度による評価・適正化
- 医薬品、医療機器、検査等におけるイノベーションや医療技術の適切な評価(p.126)
- DPCに基づく急性期医療の適切な評価(p.171)

IV 効率化・適正化を通じて制度の持続可能性を高める視点

- 後発医薬品の使用促進・価格適正化、長期収載品の評価の仕組みの検討(p.153)
- 退院支援等の取組による在宅復帰の推進
- 残薬や重複投薬、不適切な多剤投薬・長期投薬を減らすための取組など医薬品の適正使用の推進(p.157)
- 患者本位の医薬分業を実現するための調剤報酬の見直し
- 重症化予防の取組の推進(p.161)
- 医薬品、医療機器、検査等の適正な評価(p.165)

平成30年度診療報酬改定の基本方針(概要)

改定に当たっての基本認識

➤ 人生100年時代を見据えた社会の実現

- ・我が国は世界最高水準の平均寿命を達成。人口の高齢化が急速に進展する中、活力ある社会の実現が必要。
- ・あらゆる世代の国民一人一人が状態に応じた安心・安全で質が高く効果的・効率的な医療を受けられるようにする必要。

➤ どこに住んでいても適切な医療・介護を安心して受けられる社会の実現（地域包括ケアシステムの構築）

- ・地域の実情に応じて、可能な限り住み慣れた地域で日常生活を営むことができるよう、地域包括ケアシステムを構築する必要。
- ・平成30年度は6年に1度の介護報酬との同時改定。医療機能の分化・強化、連携や、医療と介護の役割分担と連携を着実に進める必要。

➤ 制度の安定性・持続可能性の確保と医療・介護現場の新たな働き方の推進

- ・制度の安定性・持続可能性を確保しつつ国民皆保険を堅持するためには、国民の制度の理解を深めることが不可欠。無駄の排除、医療資源の効率的な配分、医療分野のイノベーションの評価等を通じた経済成長への貢献を図ることが必要。
- ・今後の医療ニーズの変化や生産年齢人口の減少、医療技術の進歩等を踏まえ、医療現場の人材確保や働き方改革の推進が重要。

改定の基本的視点

1 地域包括ケアシステムの構築と医療機能の分化・強化、連携の推進

- 患者の状態等に応じて質の高い医療が適切に受けられるとともに、必要に応じて介護サービスと連携・協働する等、切れ目のない医療・介護提供体制が確保されることが重要。
- 医療機能の分化・強化、連携を進め、効果的・効率的で質の高い医療提供体制を構築するとともに、地域包括ケアシステムを構築していくことが必要。

3 医療従事者の負担軽減、働き方改革の推進

- 医療従事者の厳しい勤務環境が指摘されている中、医療の安全の確保や地域医療の確保にも留意しつつ、医療従事者の負担の軽減を図り、あわせて、各々の専門性を発揮でき、柔軟な働き方ができるよう、環境の整備、働き方改革を推進することが必要。

2 新しいニーズにも対応でき、安心・安全で納得できる質の高い医療の実現・充実

- 国民の安心・安全を確保する観点から、今後の医療技術の進展や疾病構造の変化等を踏まえ、第三者による評価やアウトカム評価など客観的な評価を進めながら、適切な情報に基づき患者自身が納得して主体的に医療を選択できるようにすることが重要。
- また、新たなニーズにも対応できる医療を実現するとともに、我が国の医療の中で重点的な対応が求められる分野の適切な評価が重要。

4 効率化・適正化を通じた制度の安定性・持続可能性の向上

- 国民皆保険を維持するためには、制度の安定性・持続可能性を高める不断の取組が求められ、医療関係者が共同して、医療サービスの維持・向上と同時に、医療の効率化・適正化を図ることが必要。

令和2年度診療報酬改定の基本方針（概要）

改定に当たっての基本認識

- ▶ 健康寿命の延伸、人生100年時代に向けた「全世代型社会保障」の実現
- ▶ 患者・国民に身近な医療の実現
- ▶ どこに住んでいても適切な医療を安心して受けられる社会の実現、医師等の働き方改革の推進
- ▶ 社会保障制度の安定性・持続可能性の確保、経済・財政との調和

改定の基本的視点と具体的方向性

1 医療従事者の負担軽減、医師等の働き方改革の推進【重点課題】

【具体的方向性の例】

- ・ 医師等の長時間労働などの厳しい勤務環境を改善する取組の評価
- ・ 地域医療の確保を図る観点から早急に対応が必要な救急医療体制等の評価
- ・ 業務の効率化に資するICTの利活用の推進

3 医療機能の分化・強化、連携と地域包括ケアシステムの推進

【具体的方向性の例】

- ・ 医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価
- ・ 外来医療の機能分化
- ・ 質の高い在宅医療・訪問看護の確保
- ・ 地域包括ケアシステムの推進のための取組

2 患者・国民にとって身近であって、安心・安全で質の高い医療の実現

【具体的方向性の例】

- ・ かかりつけ機能の評価
- ・ 患者にとって必要な情報提供や相談支援、重症化予防の取組、治療と仕事の両立に資する取組等の推進
- ・ アウトカムにも着目した評価の推進
- ・ 重点的な対応が求められる分野の適切な評価
- ・ 口腔疾患の重症化予防、口腔機能低下への対応の充実、生活の質に配慮した歯科医療の推進
- ・ 薬局の対物業務から対人業務への構造的な転換を推進するための所要の評価の重点化と適正化、院内薬剤師業務の評価
- ・ 医療におけるICTの利活用

4 効率化・適正化を通じた制度の安定性・持続可能性の向上

【具体的方向性の例】

- ・ 後発医薬品やバイオ後続品の使用促進
- ・ 費用対効果評価制度の活用
- ・ 市場実勢価格を踏まえた適正な評価等
- ・ 医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価（再掲）
- ・ 外来医療の機能分化、重症化予防の取組の推進（再掲）
- ・ 医師・院内薬剤師と薬局薬剤師の協働の取組による医薬品の適正使用の推進

令和4年度診療報酬改定の基本方針（概要）

改定に当たっての基本認識

- ▶ 新興感染症等にも対応できる医療提供体制の構築など医療を取り巻く課題への対応
- ▶ 健康寿命の延伸、人生100年時代に向けた「全世代型社会保障」の実現
- ▶ 患者・国民に身近であって、安心・安全で質の高い医療の実現
- ▶ 社会保障制度の安定性・持続可能性の確保、経済・財政との調和

社会保障の機能強化と持続可能性の確保を通じて、安心な暮らしを実現し、成長と分配の好循環の創出に貢献するという視点も重要。

改定の基本的視点と具体的方向性

（1）新型コロナウイルス感染症等にも対応できる効率的・効果的で質の高い医療提供体制の構築【重点課題】

【具体的方向性の例】

- 当面、継続的な対応が見込まれる新型コロナウイルス感染症への対応
- 医療計画の見直しも念頭に新興感染症等に対応できる医療提供体制の構築に向けた取組
- 医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価
- 外来医療の機能分化等
- かかりつけ医、かかりつけ歯科医、かかりつけ薬剤師の機能の評価
- 質の高い在宅医療・訪問看護の確保
- 地域包括ケアシステムの推進のための取組

（2）安心・安全で質の高い医療の実現のための医師等の働き方改革等の推進【重点課題】

【具体的方向性の例】

- 医療機関内における労務管理や労働環境の改善のためのマネジメントシステムの実践に資する取組の推進
- 各職種がそれぞれの高い専門性を十分に発揮するための勤務環境の改善、タスク・シェアリング/タスク・シフティング、チーム医療の推進
- 業務の効率化に資するICTの利活用の推進、その他長時間労働などの厳しい勤務環境の改善に向けての取組の評価
- 地域医療の確保を図る観点から早急に対応が必要な救急医療体制等の確保
- 令和3年11月に閣議決定された経済対策を踏まえ、看護の現場で働く方々の収入の引上げ等に係る必要な対応について検討するとともに、負担軽減に資する取組を推進

（3）患者・国民にとって身近であって、安心・安全で質の高い医療の実現

【具体的方向性の例】

- 患者にとって安心・安全に医療を受けられるための体制の評価や医薬品の安定供給の確保等
- 医療におけるICTの利活用・デジタル化への対応
- アウトカムにも着目した評価の推進
- 重点的な対応が求められる分野について、国民の安心・安全を確保する観点からの適切な評価
- 口腔疾患の重症化予防、口腔機能低下への対応の充実、生活の質に配慮した歯科医療の推進
- 薬局の地域におけるかかりつけ機能に応じた適切な評価、薬局・薬剤師業務の対物中心から対人中心への転換の推進、病棟薬剤師業務の評価

（4）効率化・適正化を通じた制度の安定性・持続可能性の向上

【具体的方向性の例】

- 後発医薬品やバイオ後続品の使用促進
- 費用対効果評価制度の活用
- 市場実勢価格を踏まえた適正な評価等
- 医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価（再掲）
- 外来医療の機能分化等（再掲）
- 重症化予防の取組の推進
- 医師・病棟薬剤師と薬局薬剤師の協働の取組による医薬品の適正使用等の推進
- 効率性等に応じた薬局の評価の推進

令和4年度診療報酬改定に係る答申書附帯意見

(全般的事項)

- 1 近年、診療報酬体系が複雑化していることを踏まえ、患者をはじめとする関係者にとって分かりやすい診療報酬体系となるよう検討すること。

(入院医療)

- 2 一般病棟入院基本料や高度急性期医療に係る評価、地域で急性期・高度急性期医療を集中的・効率的に提供する体制について、今回改定による影響の調査・検証を行うとともに、入院患者のより適切な評価指標や測定方法等、入院料の評価の在り方等について引き続き検討すること。
- 3 地域包括ケア病棟入院料、回復期リハビリテーション病棟入院料、療養病棟入院基本料等について、今回改定による影響の調査・検証を行うとともに、求められている役割の更なる推進や提供されている医療の実態の反映の観点から、入院料の評価の在り方等について引き続き検討すること。
- 4 DPC/PDPS、短期滞在手術等基本料について、今回改定による影響の調査・検証を行うとともに、医療の質の向上と標準化に向け、診療実態を踏まえた更なる包括払いの在り方について引き続き検討すること。

(かかりつけ医機能、リフィル処方、オンライン診療、精神医療)

- 5 かかりつけ医機能の評価について、今回改定による影響の調査・検証を行うとともに、医療計画の見直しに係る議論も踏まえながら、専門医療機関との機能分化・連携強化に資する評価の在り方等について引き続き検討すること。また、紹介状なしで受診する場合等の定額負担、紹介受診重点医療機関の入院医療の評価等について、今回改定による影響の調査・検証を行うとともに、外来医療の機能分化・強化、連携の推進について引き続き検討すること。
- 6 処方箋の様式及び処方箋料の見直し等、リフィル処方箋の導入に係る取組について、今回改定による影響の調査・検証を行うとともに、適切な運用や活用策について引き続き検討すること。
- 7 オンライン診療について、今回改定による影響の調査・検証を行い、運用上の課題が把握された場合は速やかに必要な対応を検討するとともに、診療の有効性等に係るエビデンス、実施状況、医療提供体制への影響等を踏まえ、適切な評価の在り方等について引き続き検討すること。
- 8 精神医療について、今回改定による影響の調査・検証を行うとともに、適切な評価の在り方について引き続き検討すること。特に経過措置の運用について注視しつつ、精神科救急医療体制加算の評価の在り方について引き続き検討すること。

令和4年度診療報酬改定に係る答申書附帯意見

(働き方改革)

- 9 医師の働き方改革の推進や、看護補助者の活用及び夜間における看護業務の負担軽減、チーム医療の推進に係る診療報酬上の見直しについて、今回改定による影響の調査・検証を行うとともに、実効性のある適切な評価の在り方等について引き続き検討すること。

(在宅医療等)

- 10 在宅医療、在宅歯科医療、在宅訪問薬剤管理及び訪問看護の拡大と質の向上に向け、今回改定による影響の調査・検証を行うとともに、適切な評価の在り方を引き続き検討すること。

(医療技術の評価)

- 11 診療ガイドライン等に基づく質の高い医療を進める観点から、診療ガイドラインの改訂やレジストリ等のリアルワールドデータの解析結果を把握し、それらを踏まえた適切な医療技術の評価・再評価を継続的に行うことができるよう、医療技術の評価のプロセスも含め引き続き検討すること。また、革新的な医療機器（プログラム医療機器を含む）や検査等のイノベーションを含む先進的な医療技術について、迅速且つ安定的に患者へ供給・提供させる観点も踏まえ、有効性・安全性に係るエビデンスに基づく適切な評価の在り方を引き続き検討すること。

(歯科診療報酬)

- 12 院内感染防止対策に係る初診料・再診料の見直しについて、今回改定による影響の調査・検証を行うとともに、院内感染防止対策の推進に資する評価の在り方について引き続き検討すること。

(調剤報酬)

- 13 調剤基本料及び地域支援体制加算の見直しや調剤管理料及び服薬管理指導料の新設、オンライン服薬指導の見直しについて、今回改定による影響の調査・検証を行うとともに、薬局の地域におけるかかりつけ機能に応じた適切な評価、薬局・薬剤師業務の対物中心から対人中心への転換を推進するための調剤報酬の在り方について引き続き検討すること。

令和4年度診療報酬改定に係る答申書附帯意見

(後発医薬品の使用促進)

14 バイオ後続品を含む後発医薬品使用の推進について、今回改定による影響の調査・検証を行うとともに、後発医薬品の供給状況や医療機関や薬局における使用状況等も踏まえ、診療報酬における更なる使用促進策について引き続き検討すること。

(その他)

15 新型コロナウイルス感染症への対応に引き続き取り組みつつ、新興感染症等にも対応できる医療提供体制の構築に向け、感染対策向上加算、外来感染対策向上加算等について、今回改定による影響の調査・検証を行うとともに、診療報酬上の対応の在り方について引き続き検討すること。

16 オンライン資格確認システムを通じた患者情報等の活用について、今回改定による影響の調査・検証を行うとともに、オンライン資格確認の導入状況も踏まえ、評価の在り方について引き続き検討すること。

17 不妊治療について、今回改定による影響の調査・検証を行うとともに、情報提供の在り方に関する早急な検討の必要性も踏まえ、学会等における対象家族・年齢、治療方法、保険適用回数、情報提供等に関する検討状況を迅速に把握しつつ、適切な評価及び情報提供の在り方等について検討すること。

18 医薬品、医療機器及び医療技術の評価について、保険給付範囲の在り方等に関する議論の状況も把握しつつ、適切な評価の在り方について引き続き検討すること。

19 明細書の無料発行について、施行状況や訪問看護レセプトの電子請求が始まること等を踏まえ、患者への情報提供の促進、医療の透明化の観点から、更なる促進の取組について引き続き検討すること。

20 施策の効果や患者への影響等について、データやエビデンスに基づいて迅速・正確に把握・検証できるようにするための方策について引き続き検討すること。

令和6年度診療報酬改定に向けた検討の進め方について

(令和5年1月18日中医協)

1. 背景

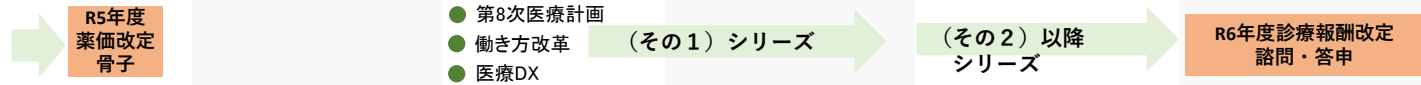
令和6年度の診療報酬改定に向けては、下記の人口動態や社会情勢の変化や医療提供体制改革等を踏まえ、検討を進めることとしてはどうか。

- 令和6年度の診療報酬改定は、ポスト2025年も見据えた介護報酬及び障害福祉サービス等報酬との同時改定であること
- 2025年に向けて地域医療構想の取組を進めるとともに、さらに医療介護総合確保促進会議で「ポスト2025年の医療・介護提供体制の姿」がとりまとめられること
- 感染症法・医療法改正により新たに追加された「新興感染症への対応」を含む5疾病6事業等の見直しを行う第8次医療計画が令和6年度から開始になること
- 医師の働き方改革として2024年4月に労働時間上限規制等、改正労働基準法および改正医療法が施行すること
- 医療DXの実現に向けて、医療DX推進本部等において議論が進められていること
- 革新的な医薬品や医療ニーズの高い医薬品の日本への早期上市や医薬品の安定的な供給を図る観点から、「医薬品の迅速・安定供給実現に向けた総合対策に関する有識者検討会」において、流通、薬価制度、産業構造の検証など幅広く議論し、とりまとめが行われること
- プログラム医療機器（SaMD）の評価体系を検証し、今後のあり方について検討が求められていること

令和6年度診療報酬改定に向けた中医協等の検討スケジュール（案）

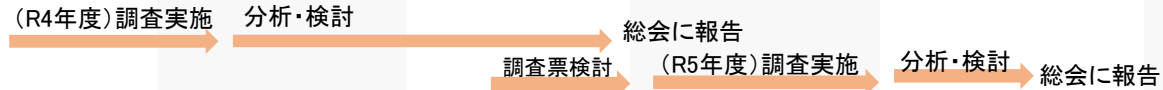
令和4年 12月 令和5年 1月 2月 3月 4月 5月 6月 7月 8月 9月 10月 11月 12月 令和6年 1月 2月 3月

中医協総会

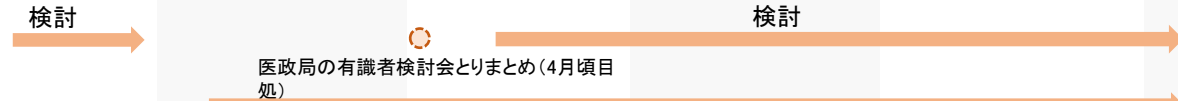


専門部会

○診療報酬改定結果検証部会



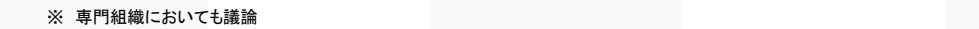
○薬価専門部会



○保険医療材料専門部会



○費用対効果評価専門部会

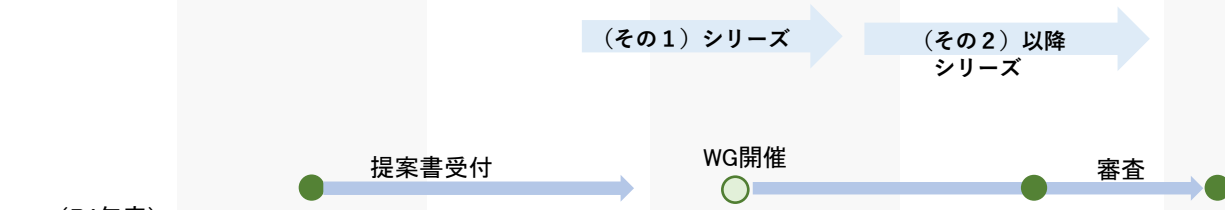


小委員会

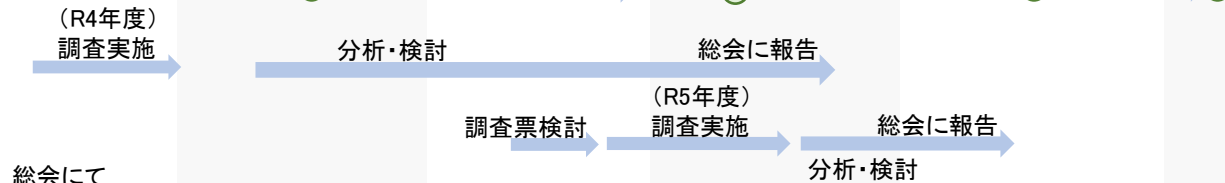
○診療報酬基本問題小委員会

診療報酬調査専門組織

○医療技術評価分科会



○入院・外来医療等の調査・評価分科会



○調査実施小委員会



令和6年度同時報酬改定に向けた意見交換会



関係閣議決定等



経済財政運営と改革の基本方針2023（令和5年6月16日閣議決定）（主な箇所抜粋①）

第2章 新しい資本主義の加速

1. 三位一体の労働市場改革による構造的賃上げの実現と「人への投資」の強化、分厚い中間層の形成

（家計所得の増大と分厚い中間層の形成）

公的セクターの賃上げを進めるに当たり、2022年10月からの処遇改善の効果が現場職員に広く行き渡るようになっているかどうかの検証を行い、経営情報の見える化を進める。

第2章 新しい資本主義の加速

3. 少子化対策・こども政策の抜本強化

（加速化プランの推進）

「こども未来戦略方針」に基づき、今後「加速化プラン」の3年間の集中取組期間において、「ライフステージを通じた子育てに係る経済的支援の強化や若い世代の所得向上に向けた取組」（児童手当の拡充※1、出産等の経済的負担の軽減、地方自治体の取組への支援による医療費等の負担軽減、奨学金制度の充実など高等教育費の負担軽減、個人の主体的なリ・スキリングへの直接支援、いわゆる「年収の壁」への対応、子育て世帯に対する住宅支援の強化）、「全てのこども・子育て世帯を対象とする支援の拡充」（妊娠期からの切れ目ない支援の拡充※2や幼児教育・保育の質の向上、「こども誰でも通園制度※3（仮称）」の創設など）※4、「共働き・共育ての推進」（男性育休の取得促進や育児期を通じた柔軟な働き方の推進、多様な働き方と子育ての両立支援）とともに、こうした具体的政策に実効性を持たせる「こども・子育てにやさしい社会づくりのための意識改革」※5を、「加速化プラン」を支える安定的な財源の確保を進めつつ、政府を挙げて取り組んでいく。

※1 所得制限を撤廃、支給期間について高校生年代まで延長、第3子以降3万円。

※2 手続等のデジタル化も念頭に置いた伴走型相談支援の制度化、プレコンセプションケアを含む成育医療等の提供に関する研究、相談支援等を含む。

※3 月一定時間までの利用可能枠の中で、就労要件を問わず時間単位等で柔軟に利用できる新たな通園給付。

※4 妊娠期からの切れ目ない支援の拡充、幼児教育・保育の質の向上、「こども誰でも通園制度（仮称）」の創設等全ての子育て家庭を対象とした保育の拡充のほか、新・放課後子ども総合プランの着実な実施、多様な支援ニーズへの対応（社会的養護、障害児、医療的ケア児等の支援基盤の充実とひとり親家庭の自立支援）。

※5 優先案内や専門レーンの設置、公共交通機関等において妊産婦、乳幼児連れの方を含めた配慮が必要な方に対する利用者の理解・協力の啓発等。

第2章 新しい資本主義の加速

4. 包摂社会の実現

（女性活躍）

女性版骨太の方針2023※1に基づき、L字カーブの解消に資するよう、女性活躍と経済成長の好循環の実現に向けて、プライム市場上場企業を対象とした女性役員に係る数値目標※2の設定やその達成を確保する仕組みの導入など女性登用の加速化、女性起業家の育成・支援等を進めるとともに、多様な正社員の普及促進や長時間労働慣行の是正、投資家の評価を利用した両立支援等の多様で柔軟な働き方の推進、仕事と家庭の両立に向けた男性の育児休業取得の促進やベビーシッター・家事支援サービス利用の普及、男女間賃金格差の更なる開示の検討、女性の視点も踏まえた社会保障制度・税制等の検討、非正規雇用労働者の正規化や処遇改善、女性デジタル人材の育成※3、地域のニーズに応じた取組の推進※4、就業支援や養育費の確保を含めたひとり親家庭支援など女性の所得向上・経済的自立に向けた取組を強化する。

※1 「女性活躍・男女共同参画の重点方針2023（女性版骨太の方針2023）」（令和5年6月13日すべての女性が輝く社会づくり本部・男女共同参画推進本部決定）。

※2 2025年を目途に、女性役員を1名以上選任するよう努める。2030年までに、女性役員の比率を30%以上とすることを目指す。

※3 「女性デジタル人材育成プラン」（令和4年4月26日男女共同参画会議決定）の実行を含む。

※4 独立行政法人国立女性教育会館について、男女共同参画センターへの支援機能の強化等に向け、2024年通常国会への関連法案の提出を目指す。

（孤独・孤立対策）

日常の様々な分野で緩やかなつながりを築ける多様な「居場所」づくりなど孤独・孤立の「予防」、アウトリーチの取組、社会的処方¹の活用、ひきこもり支援、新大綱※5に基づく自殺総合対策など重点計画※6の施策を着実に推進する。

※5 「自殺総合対策大綱」（令和4年10月14日閣議決定）。

※6 「孤独・孤立対策の重点計画」（令和4年12月26日孤独・孤立対策推進会議決定）。

第4章 中長期の経済財政運営

2. 持続可能な社会保障制度の構築

第2章3「少子化対策・こども政策の抜本強化」に基づく対策を着実に推進し、現役世代の消費活性化による成長と分配の好循環を実現していくためには、医療・介護等の不断の改革により、ワイズスペンディングを徹底し、保険料負担の上昇を抑制することが極めて重要である。このため、全ての世代で能力に応じて負担し支え合い、必要な社会保障サービスが必要な方に適切に提供される全世代型社会保障の実現に向けて、改革の工程※1の具体化を進めていく。

※1 「全世代型社会保障の構築に向けた取組について」（令和4年12月16日全世代型社会保障構築本部決定）に基づく給付と負担の在り方を含めた工程。

（社会保障分野における経済・財政一体改革の強化・推進）

1人当たり医療費の地域差半減に向けて、都道府県が地域の実情に応じて地域差がある医療への対応などの医療費適正化に取り組み、引き続き都道府県の責務の明確化等に関し必要な法制上の措置を含め地域医療構想を推進するとともに、都道府県のガバナンス強化※2、かかりつけ医機能が発揮される制度整備の実効性を伴う着実な推進、地域医療連携推進法人制度の有効活用、地域で安全に分娩できる周産期医療の確保、ドクターヘリの推進、救急医療体制の確保、訪問看護の推進、医療法人等の経営情報に関する全国的なデータベースの構築を図る。実効性のある医師偏在対策、医療専門職のタスク・シフト/シェア、薬局薬剤師の対人業務の充実、対物業務の効率化、地域における他職種との連携等を推進する。その中で、医師が不足する地域への大学病院からの医師の派遣の継続を推進する。また、関係者・関係機関の更なる対応※3により、リフィル処方の活用を進める。

※2 中長期的課題として、現在広域連合による事務処理が行われている後期高齢者医療制度の在り方、生活保護受給者の国保及び後期高齢者医療制度への加入を含めた医療扶助の在り方の検討を深めることなどを含む。

※3 保険者、都道府県、医師、薬剤師などの必要な取組を検討し、実施する。

経済財政運営と改革の基本方針2023（令和5年6月16日閣議決定）（主な箇所抜粋④）

医療DX推進本部において策定した工程表※4に基づき、医療DXの推進に向けた取組について必要な支援を行いつつ政府を挙げて確実に実現する。マイナンバーカードによるオンライン資格確認の用途拡大や正確なデータ登録の取組を進め、2024年秋に健康保険証を廃止する。レセプト・特定健診情報等に加え、介護保険、母子保健、予防接種、電子処方箋、電子カルテ等の医療介護全般にわたる情報を共有・交換できる「全国医療情報プラットフォーム」の創設及び電子カルテ情報の標準化等を進めるとともに、PHRとして本人が検査結果等を確認し、自らの健康づくりに活用できる仕組みを整備する。その他、新しい医療技術の開発や創薬のための医療情報の二次利活用、「診療報酬改定DX」による医療機関等の間接コスト等の軽減を進める。その際、医療DXに関連するシステム開発・運用主体の体制整備、電子処方箋の全国的な普及拡大に向けた環境整備、標準型電子カルテの整備、医療機関等におけるサイバーセキュリティ対策等を着実に実施する。

健康寿命を延伸し、高齢者の労働参加を拡大するためにも、健康づくり・予防・重症化予防を強化し、デジタル技術を活用したヘルスケアイノベーションの推進やデジタルヘルスを含めた医療分野のスタートアップへの伴走支援などの環境整備に取り組むとともに、第3期データヘルス計画を見据え、エビデンスに基づく保健事業※5を推進する。リハビリテーション、栄養管理及び口腔管理の連携・推進を図る。全身の健康と口腔の健康に関する科学的根拠の集積・活用と国民への適切な情報提供、生涯を通じた歯科健診（いわゆる国民皆歯科健診）に向けた取組の推進、オーラルフレイル対策・疾病の重症化予防につながる歯科専門職による口腔健康管理の充実、歯科医療機関・医科歯科連携を始めとする関係職種間・関係機関間の連携、歯科衛生士・歯科技工士等の人材確保の必要性を踏まえた対応、歯科技工を含む歯科領域におけるICTの活用を推進し、歯科保健医療提供体制の構築と強化に取り組む。また、市場価格に左右されない歯科用材料の導入を推進する。計画※6に基づき、がんの早期発見・早期治療のためのリスクに応じたがん検診の実施や適切な時機でのがん遺伝子パネル検査の実施、小児がん等に係る治療薬へのアクセス改善などのがん対策及び循環器病対策を推進する。

※4 「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）。

※5 予防・重症化予防・健康づくりの政策効果に関する大規模実証事業を活用する。

※6 「がん対策推進基本計画」（令和5年3月28日閣議決定）及び「循環器病対策推進基本計画」（令和5年3月28日閣議決定）。

経済財政運営と改革の基本方針2023（令和5年6月16日閣議決定）（主な箇所抜粋⑤）

創薬力強化に向けて、革新的な医薬品、医療機器、再生医療等製品の開発強化、研究開発型のビジネスモデルへの転換促進等を行うため、保険収載時を始めとする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、全ゲノム解析等に係る計画※7の推進を通じた情報基盤※8の整備や患者への還元等の解析結果の利活用に係る体制整備、大学発を含むスタートアップへの伴走支援、臨床開発・薬事規制調和に向けたアジア拠点の強化、国際共同治験に参加するための日本人データの要否の整理、小児用・希少疾病用等の未承認薬の解消に向けた薬事上の措置と承認審査体制の強化等を推進する。これらにより、ドラッグラグ・ドラッグロスの問題に対応する。さらに、新規モダリティへの投資や国際展開を推進するため、政府全体の司令塔機能の下で、総合的な戦略を作成する。医療保険財政の中で、こうしたイノベーションを推進するため※9、長期収載品※10等の自己負担の在り方の見直し、検討を進める。大麻に関する制度を見直し、大麻由来医薬品の利用等に向けた必要な環境整備を行うほか、OTC医薬品・OTC検査薬の拡大に向けた検討等によるセルフメディケーションの推進、バイオシミラーの使用促進等、医療上の必要性を踏まえた後発医薬品を始めとする医薬品の安定供給確保、後発医薬品の産業構造の見直し、プログラム医療機器の実用化促進に向けた承認審査体制の強化を図る。また、総合的な認知症施策を進める中で、認知症治療の研究開発を推進する。献血への理解を深める※11とともに、血液製剤※12の国内自給、安定的な確保及び適正な使用の推進を図る。

急速な高齢化が見込まれる中で、医療機関の連携、介護サービス事業者の介護ロボット・ICT機器導入や協働化・大規模化、保有資産の状況なども踏まえた経営状況の見える化を推進した上で、賃上げや業務負担軽減が適切に図られるよう取り組む※13。

※7 「全ゲノム解析等実行計画2022」（令和4年9月30日厚生労働省）。

※8 マルチオミックス（網羅的な生体分子についての情報）解析の結果と臨床情報を含む。

※9 GDPに占める日本の医薬品等の支出は他の先進国よりも高い一方、世界の医療用医薬品の販売額における日本国内の販売額のシェアは低下しており、こうした状況の中で国民負担の軽減とイノベーションの推進を両立する観点から、中長期的な薬剤費の在り方の議論も含めて、取組を進める必要がある。

※10 後発医薬品への置換えは数量ベースで約8割に達しようとしているが、金額ベースでは約4割と諸外国と比較しても低い水準。

※11 小中学校現場での献血推進活動を含む。

※12 輸血用血液製剤及びグロブリン製剤、フィブリノゲン製剤等血漿分画製剤。

※13 「介護職員の働く環境改善に向けた取組について」（令和4年12月23日全世代型社会保障構築本部決定）では、現場で働く職員の残業の縮減や給与改善などを行うため、介護ロボット・ICT機器の導入や経営の見える化、事務手続や添付書類の簡素化、行政手続の原則デジタル化等による経営改善や生産性の向上が必要であるとされており、取組を推進する。

経済財政運営と改革の基本方針2023（令和5年6月16日閣議決定）（主な箇所抜粋⑥）

次期診療報酬・介護報酬・障害福祉サービス等報酬の同時改定においては、物価高騰・賃金上昇、経営の状況、支え手が減少する中での人材確保の必要性、患者・利用者負担・保険料負担への影響を踏まえ、患者・利用者が必要なサービスが受けられるよう、必要な対応を行う。その際、第5章2における「令和6年度予算編成に向けた考え方」※14を踏まえつつ、持続可能な社会保障制度の構築に向けて、当面直面する地域包括ケアシステムの更なる推進のための医療・介護・障害サービスの連携等の課題とともに、以上に掲げた医療・介護分野の課題について効果的・効率的に対応する観点から検討を行う。

勤労者皆保険の実現、年齢や性別にかかわらず働き方に中立的な社会保障制度の構築に向け、企業規模要件の撤廃など短時間労働者への被用者保険の適用拡大、常時5人以上を使用する個人事業所の非適用業種の解消等について次期年金制度改正に向けて検討するほか、いわゆる「年収の壁」について、当面の対応として被用者が新たに106万円の壁を超えても手取りの逆転を生じさせない取組の支援などを本年中に決定した上で実行し、さらに、制度の見直しに取り組む。

※14 第5章2②で引用されている骨太方針2021においては、社会保障関係費について、基盤強化期間における方針、経済・物価動向等を踏まえ、その方針を継続することとされている。

（参考）第5章 当面の経済財政運営と令和6年度予算編成に向けた考え方

2. 令和6年度予算編成に向けた考え方

- ② 令和6年度予算において、本方針、骨太方針2022及び骨太方針2021に基づき、経済・財政一体改革を着実に推進する。
ただし、重要な政策の選択肢をせばめることがあってはならない。

総合確保方針の概要

医療介護総合確保法に基づき、地域における医療・介護を総合的に確保するための基本的な方針（総合確保方針）を策定（2014年策定、'16・'21・'23年一部改正）。当該方針に即して、医療計画・介護保険事業（支援）計画の基本方針・指針を策定

総合確保方針の意義

- 「団塊の世代」が全て75歳以上となる2025年、その後の生産年齢人口の減少の加速等を見据え、患者・利用者など国民の視点に立った医療・介護の提供体制を構築。自立と尊厳を支えるケアを実現。

基本的方向性

（1）「地域完結型」の医療・介護提供体制の構築

地域医療構想の推進、かかりつけ医機能が発揮される制度整備、地域包括ケアシステムの深化・推進（認知症施策の推進、総合事業や介護予防の充実等）など

（2）サービス提供人材の確保と働き方改革

医療従事者の働き方改革の取組、タスク・シフト、チーム医療の推進、復職支援、介護現場の生産性向上・働く環境改善の取組など

（3）限りある資源の効率的かつ効果的な活用

全世代型の社会保障制度の構築、医療・介護の効果的・効率的な提供、介護サービス事業者の経営の協働化・大規模化、ケアマネジメントの質の向上など

（4）デジタル化・データヘルスの推進

全国医療情報プラットフォームの創設、NDBと公的DB等との連結解析、EBPMの推進など

（5）地域共生社会の実現

地域の包括的な支援体制の構築、いわゆる社会的処方への活用、住まいの確保、地域の多様な主体との連携など

（別添）ポスト2025年の医療・介護提供体制の姿

総合確保方針の意義の見直し

1. 意義

- いわゆる団塊の世代が全て75歳以上となる令和7年（2025年）にかけて、65歳以上人口、とりわけ75歳以上人口が急速に増加した後、令和22年（2040年）に向けてその増加は緩やかになる一方で、既に減少に転じている生産年齢人口は、令和7年以降さらに減少が加速する。
- 全国で見れば、65歳以上人口は令和22年を超えるまで、75歳以上人口は令和32年（2050年）を超えるまで増加が続くが、例えば、要介護認定率や一人当たり介護給付費が急増する85歳以上人口は令和7年まで75歳以上人口を上回る勢いで増加し、令和17年（2035年）頃まで一貫して増加する。外来患者数は令和7年（2025年）頃、入院患者数は令和22年（2040年）頃、在宅患者数は令和22年（2040年）以降に最も多くなる。一方で、都道府県や2次医療圏単位で見れば、65歳以上人口が増加する地域と減少する地域に分かれ、入院・外来・在宅それぞれの医療需要も、ピークを迎える見込みの年が地域ごとに異なる。
- 生産年齢人口が減少していく中で、急激に高齢化が進行する地域もあれば、高齢化がピークを越える地域もあるなど、人口構成の変化や医療及び介護需要の動向は地域ごとに異なる。こうした地域の実情に応じた医療及び介護提供体制の確保を図っていくことが重要である。その際、中山間地域や離島では、地理的要因によって医療や介護の資源が非常に脆弱な地域も存在することに留意する必要がある。また、求められる患者・利用者の医療・介護ニーズも変化している。高齢単身世帯が増えるとともに、慢性疾患や複数の疾患を抱える患者、医療・介護の複合ニーズを有する患者・利用者が増加しており、医療・介護の連携の必要性が高まっている。
- 特に、認知症への対応については、認知症の発症を遅らせ、認知症になっても希望を持って日常生活を過ごせる社会を目指し、認知症の人やその家族の視点を重視しながら共生と予防を車の両輪として施策を推進していく必要がある。
- いわゆる団塊の世代が全て75歳以上となる令和7年、その後の生産年齢人口の減少の加速等を見据え、患者・利用者など国民の視点に立った医療・介護の提供体制を構築し、国民一人一人の自立と尊厳を支えるケアを将来にわたって持続的に実現していくことが、医療及び介護の総合的な確保の意義である。

総合確保方針の基本的な方向性の見直し（その1）

（1）「地域完結型」の医療・介護提供体制の構築

- 医療機能の分化・連携や地域包括ケアシステムの構築が進められてきたが、今般の新型コロナウイルス感染症対応において、地域における医療・介護の提供に係る様々な課題が浮き彫りとなった。
- こうした課題にも対応できるよう、平時から医療機能の分化と連携を一層重視して国民目線で提供体制の改革を進めるとともに、新興感染症等が発生した際にも提供体制を迅速かつ柔軟に切り替えることができるような体制を確保していくことが必要である。
- 入院医療については、まずは令和7年に向けて地域医療構想を推進し、その上で、その後の生産年齢人口の減少の加速等を見据え、更に医療機能の分化・連携を進めていくことが重要である。外来医療・在宅医療については、外来機能報告制度を踏まえ紹介受診重点医療機関の明確化を図るとともに、かかりつけ医機能が発揮される制度整備を行っていくことが重要である。これらについては、地域医療構想を更に推進する中で対応を進めるとともに、医療従事者の確保と働き方改革を一体的に進めていくことが重要である。また、医薬品の安定供給や提供体制の確保を図っていくことが必要である。
- 地域包括ケアシステムについては、介護サービスの提供体制の整備、住まいと生活の一体的な支援、医療及び介護の連携強化、認知症施策の推進、総合事業、介護予防、地域の支え合い活動の充実等を含めた地域づくりの取組を通じて、その更なる深化・推進を図っていくことが重要である。
- 人口構成の変化や医療・介護需要の動向は地域ごとに異なることから、医療及び介護の総合的な確保を進めていくためには、地域の創意工夫を活かせる柔軟な仕組みを目指すことが必要である。
- 国民の行動変容を促す情報発信、もしものときのために、本人が望む医療やケアについて、前もって考え、家族等や医療・ケアチームと繰り返し話し合う人生会議（ACP：アドバンス・ケア・プランニング）の普及啓発等、患者・利用者など国民の視点に立った医療・介護の提供体制の整備を進めていくことが重要である。

総合確保方針の基本的な方向性の見直し（その2）

（2）サービス提供人材の確保と働き方改革

- 令和22年に向けて生産年齢人口が急減する中で、医療・介護提供体制の確保のために必要な質の高い医療・介護人材を確保するとともに、サービスの質を確保しつつ、従事者の負担軽減が図られた医療・介護の現場を実現することが必要となる。
- 医療従事者については、働き方改革の取組を進めるとともに、各職種がそれぞれの高い専門性を十分に発揮するための勤務環境の整備やタスク・シフト／シェア、チーム医療の推進、復職支援等を進めていくことが重要である。介護従事者については、これまでの処遇改善の取組に加え、ICTや介護ロボット等の活用、手続のデジタル化等により介護現場の生産性向上の取組を推進し、専門性を生かしながら働き続けられる環境づくりや復職支援、介護の仕事の魅力創出や学校等と連携した魅力発信に取り組むとともに、いわゆる介護助手の導入等の多様な人材の活用を図ることで、必要な人材の確保を図っていくことが重要である。
- このような取組を通じて、患者・利用者など国民の理解を得ながら、医療・介護サービス提供人材の確保と働き方改革を地域医療構想と一体的に進めることが重要である。

（3）限りある資源の効率的かつ効果的な活用

- 人口減少に対応した全世代型の社会保障制度を構築していくことが必要である。急速に少子高齢化が進む中、医療及び介護の提供体制を支える医療保険制度及び介護保険制度の持続可能性を高めるためには、限りある地域の社会資源を効率的かつ効果的に活用していく必要がある。
- こうした観点からも、医療機能の分化・連携や地域包括ケアシステムの構築、複合的なニーズを有する高齢者への医療・介護の効果的・効率的な提供、ケアマネジメントの質の向上を推進することが重要である。また、サービスの質を確保しつつ、人材や資源を有効に活用するため、介護サービスの質の向上、介護サービス事業者の経営の協働化・大規模化も有効である。

総合確保方針の基本的な方向性の見直し（その3）

（4）デジタル化・データヘルスの推進

- オンライン資格確認等システムにおいては、患者の同意の下に、医療機関・薬局において特定健診等情報や薬剤情報等を確認し、より良い医療が提供される環境の整備が進められている。
- 介護についても、地域包括ケアシステムを深化・推進するため、介護情報を集約し、医療情報とも一体的に運用する情報基盤の全国一元的な整備を進めることとしている。
- オンライン資格確認等システムのネットワークを拡充し、レセプト・特定健診等に加え、予防接種、電子処方箋、自治体検診、電子カルテ等の医療（介護を含む。）全般にわたる情報について共有・交換できる「全国医療情報プラットフォーム」を創設する方向が示されている。
- 医療・介護連携を推進する観点から、医療・介護分野でのDX（デジタルトランスフォーメーション）を進め、患者・利用者自身の医療・介護情報の標準化を進め、デジタル基盤を活用して医療機関・薬局・介護事業所等の間で必要なときに必要な情報を共有・活用していくことが重要である。
- 医療・介護提供体制の確保に向けた施策の立案に当たり、NDB（レセプト情報・特定健診等情報データベース）、公的データベース等やこれらの連結解析等を通じ、客観的なデータに基づいてニーズの分析や将来見通し等を行っていくEBPM（エビデンス・ベスト・ポリシー・メイキング）の取組が重要である。

総合確保方針の基本的な方向性の見直し（その4）

（5）地域共生社会の実現

- 孤独・孤立や生活困窮の問題を抱える人々が地域社会と繋がりながら、安心して生活を送ることができるようにするため、地域の包括的な支援体制の構築、いわゆる「社会的処方」の活用など「地域共生社会」の実現に取り組む必要がある。現に、従来からの地域包括ケアシステムに係る取組を多世代型に展開し、地域共生社会の実現を図る地方自治体も現れてきている。地域共生社会の実現に向けては、医療・介護や住まい、就労・社会参加、権利擁護など複合的な支援ニーズを抱える方を地域で支える基盤をより強固なものとしていくことが求められる。
- 医療・介護提供体制の整備については、住宅や居住に係る施策との連携も踏まえつつ、地域の将来の姿を踏まえた「まちづくり」の一環として位置付けていくという視点を明確にしていくことも重要である。
- 医療・介護提供体制の確保に当たっては、地域住民や地域の多様な主体の参画や連携を通じて、こうした「地域共生社会」を目指していく文脈の中に位置付けていくことが重要である。

（別添）ポスト2025年の医療・介護提供体制の姿

- 高齢者人口がピークを迎える中で、医療・介護の複合的なニーズを有する高齢者数が高止まりする一方、生産年齢人口の急減に直面する局面において、実現が期待される医療・介護提供体制の姿として現時点で想起し得るものを、患者・利用者など国民の目線で描いたもの

※このほか、市町村計画の共同策定の明確化など所要の見直し

(別添) ポスト2025年の医療・介護提供体制の姿

1. ポスト2025年に対応した医療・介護提供体制の姿

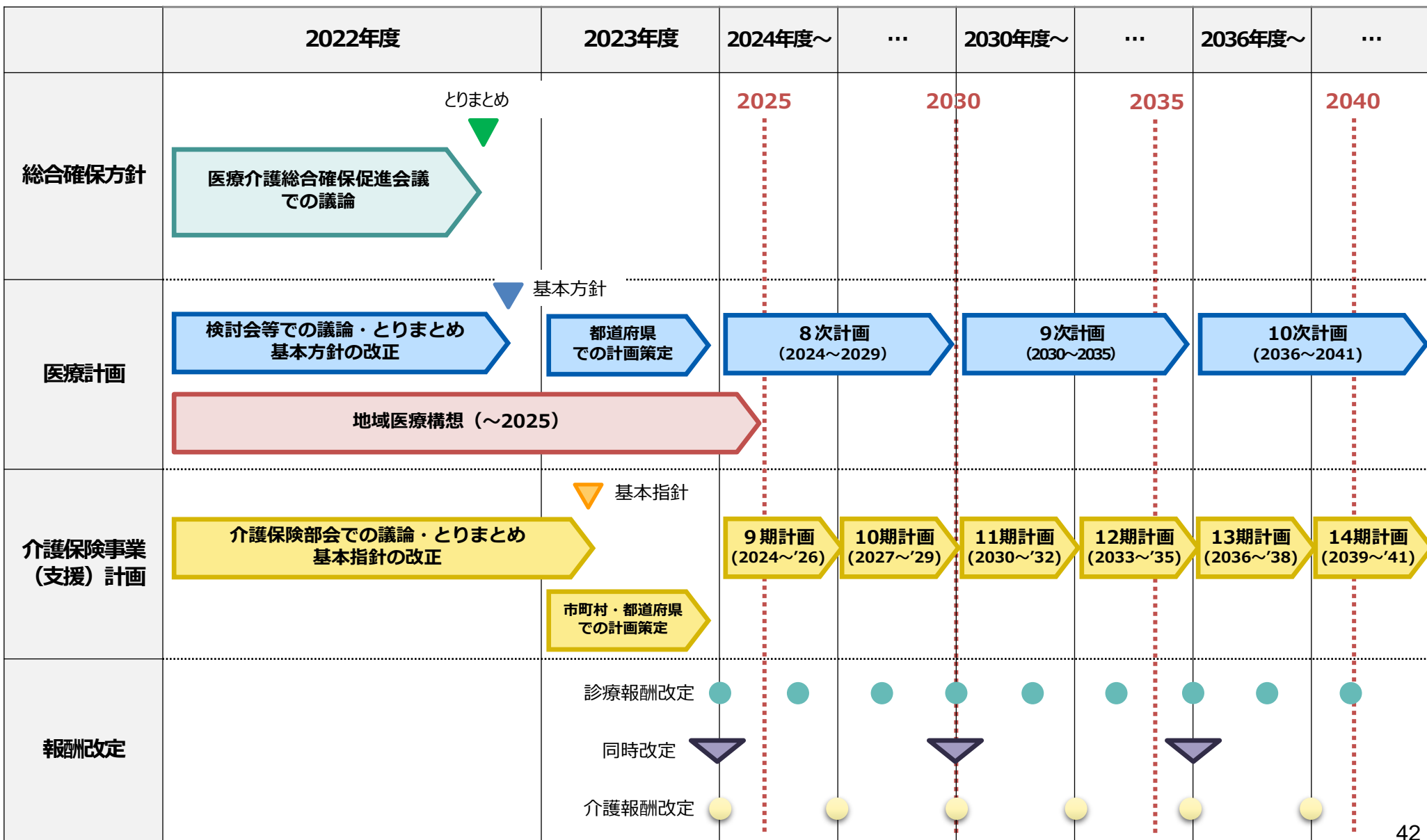
- 医療・介護提供体制の改革を進めていくに当たっては、実現が期待される医療・介護提供体制の姿を関係者が共有した上でそこから振り返って現在すべきことを考える形（バックキャスト）で具体的に、改革を進めていくことが求められる。
- その際、限りある人材等で増大する医療・介護ニーズを支えていくため、医療・介護提供体制の最適化・効率化を図っていくという視点も重要。
- 高齢者人口がピークを迎える中で、医療・介護の複合的ニーズを有する高齢者数が高止まりする一方、生産年齢人口の急減に直面する局面において、実現が期待される医療・介護提供体制の姿として現時点で想起し得るものを、患者・利用者など国民の目線で描いたもの。

2. ポスト2025年の医療・介護提供体制の姿の3つの柱

ポスト2025年の医療・介護提供体制の姿は、以下の3つの柱を同時に実現することを通じて、患者・利用者など国民が必要な情報に基づいて適切な選択を行い、安心感が確保されるものでなければならない。

- I 医療・介護を提供する主体の連携により、必要なときに「治し、支える」医療や個別ニーズに寄り添った柔軟かつ多様な介護が地域で完結して受けられること
- II 地域に健康・医療・介護等に関して必要なときに相談できる専門職やその連携が確保され、さらにそれを自ら選ぶことができること
- III 健康・医療・介護情報に関する安全・安心の情報基盤が整備されることにより、自らの情報を基に、適切な医療・介護を効果的・効率的に受けられること

医療・介護の総合的確保に関するスケジュール



令和6年度の同時報酬改定に向けた意見交換会

目的

- 令和6年度は、6年に一度の診療報酬、介護報酬及び障害福祉サービス等報酬の同時改定になるとともに、医療介護総合確保方針、医療計画、介護保険事業(支援)計画、医療保険制度改革などの医療と介護に関わる関連制度の一体改革にとって大きな節目であることから、今後の医療及び介護サービスの提供体制の確保に向け様々な視点からの検討が重要となる。
- このため、中央社会保険医療協議会総会及び社会保障審議会介護給付費分科会において、診療報酬と介護報酬等との連携・調整をより一層進める観点から、両会議の委員のうち、検討項目に主に関係する委員で意見交換を行う場を設けることとし、中央社会保険医療協議会総会及び社会保障審議会介護給付費分科会がそれぞれ具体的な検討に入る前に、以下のテーマ・課題に主に関わる委員にて意見交換を行った。

テーマ

1. 地域包括ケアシステムのさらなる推進のための医療・介護・障害サービスの連携
2. リハビリテーション・口腔・栄養
3. 要介護者等の高齢者に対応した急性期入院医療
4. 高齢者施設・障害者施設等における医療
5. 認知症
6. 人生の最終段階における医療・介護
7. 訪問看護
8. 薬剤管理
9. その他

スケジュール

- 令和5年 3月15日 第1回検討会 開催 テーマ1、2、3
令和5年 4月19日 第2回検討会 開催 テーマ4、5
令和5年 5月18日 第3回検討会 開催 テーマ6、7

※ テーマ8については各テーマ内で議論

出席者(計14名)	
池端 幸彦	日本慢性期医療協会副会長
稲葉 雅之	民間介護事業推進委員会代表委員
江澤 和彦	日本医師会常任理事
小塩 隆士	一橋大学経済研究所教授 【中央社会保険医療協議会会長】
田中 志子	日本慢性期医療協会常任理事
田辺 国昭	国立社会保障・人口問題研究所所長 【社会保障審議会介護給付費分科会会長】
田母神 裕美	日本看護協会常任理事
長島 公之	日本医師会常任理事
濱田 和則	日本介護支援専門員協会副会長
林 正純	日本歯科医師会常務理事
東 憲太郎	全国老人保健施設協会会長
古谷 忠之	全国老人福祉施設協議会参与
松本 真人	健康保険組合連合会理事
森 昌平	日本薬剤師会副会長

同時報酬改定に向けた意見交換会における主な御意見

テーマ1: 地域包括ケアのさらなる推進のための医療・介護・障害サービスの連携①

(1) 医療・介護・障害サービスの連携

1) 今後の重点的な課題を踏まえた医療・介護連携

- あるべき連携の姿とは、必要な情報の一方的な提供や閲覧だけでなく、相互のコミュニケーションを深め、現状、課題、目標、計画などを共有しながら、患者／利用者、家族とも同じ方向に向かい、より質の高い医療・介護の実現につなげること。
- 各職種・各施設がそれぞれの機能を十分に発揮し、ある程度マルチタスクでお互いにカバーしあい業務をまわさなければ、限られた医療・介護資源で増加する需要をまかなえない。その上で、過不足なくサービスが提供されるよう連携が必要。
- 情報提供の仕組みとして、ホームヘルパーから介護支援専門員、主治医へ報告する仕組みはできているが、主治医からも発信できるようにすることで双方向にしていく必要がある。
- 資料にある「医療においてはより「生活」に配慮した質の高い医療を、介護においてはより「医療」の視点を含めたケアマネジメント」という記載のとおりであるが、特に医療において「生活」に配慮した質の高い医療の視点が足りておらず、生活機能の情報収集が少ないのではないか。

2) 医療・介護DX

- ITの活用は情報の正確性、迅速性、網羅性の向上に大いに貢献するものであり、様式や項目の統一化は必須。
- DXの目的は業務や費用負担軽減のためでもあり、現場の負担が増大し支障を来すようでは本末転倒。また、DXの推進が目的ではなく、サービスの質の向上や最適化・効率化のツールとしてDXを活用することが重要。
- DXの検討に当たっては、歯科診療所や薬局等も含めた検討が必要。また、介護DXは、医療DXの後をついていくのではなく同時に検討を進めるべき。

同時報酬改定に向けた意見交換会における主な御意見

テーマ1: 地域包括ケアのさらなる推進のための医療・介護・障害サービスの連携②

3) 医療・介護と障害福祉サービスとの連携

- 障害福祉サービスでも医療ニーズが非常に高まっており、体制整備も含め医療と福祉の連携は喫緊の課題。口腔健康管理や歯科医療の提供、薬剤管理も同様に医療と障害福祉サービスの連携が必要。
- 医療的ケア児への対応について現場で最も問題となるのはレスパイトケアであり、医療的ケア児のレスパイトに係る必要十分な体制を構築することが重要。
- 既に共同指導や情報提供の評価は多数あるため、一つ一つの連携を評価するというよりも、全体の枠組みとしてどのように連携を担保するのが重要。

(2) 医療・介護連携を推進するために必要な主治医と介護支援専門員の連携

- 介護支援専門員は既に利用者の様々な情報(例: 家族や人間関係、資産状況、本人・家族の希望、趣味、嗜好、生活習慣等)を持っており、その情報に基づき課題を分析し目標を立て、サービスの利用や社会資源の活用も含めマネジメントしている。ここに、医療の情報や医師の意見等を適切に活かすことにより、より合理的なケアマネジメントができる。
- 各専門職は多忙であり、情報伝達の場をいつでも設定できるものではないため、ICTの活用による連携は有効。また、多忙な中連携を促進するため、医療機関側は連携室が窓口になるとスムーズに進むのではないか。
- ケアマネジャーが医療的な知識を持つことは大切だが、それよりも主治医との連携をするほうがさらに重要。主治医意見書において医学的管理の必要性の項目にチェックをしても、ケアプランに反映されていないという意見も多い。特にリハビリテーションの重要性は、もう少し認識を高めていく必要があるのではないか。

同時報酬改定に向けた意見交換会における主な御意見

テーマ2:リハビリテーション・口腔・栄養

(1)リハビリテーション・口腔・栄養の一体的な取組

- リハビリテーション・口腔・栄養は、多職種が連携し、的確に対象者を把握し、速やかに評価や介入を行える体制を構築することが重要。その際、患者の経過や全身状態を継続的に観察している看護職がアセスメントした情報を多職種と共有し、早期の対応につなげるという体制構築が重要。
- 令和3年度介護報酬改定で示されたリハビリ、口腔管理、栄養管理に係る一体的な計画書は、医療でも活用可能。多職種による計画作成を後押しする仕組みが必要。
- リハビリ・口腔・栄養の連携として、目標を共有することは理解できるが、誰が中心となって全体の進捗を管理するのか明確にすることも重要。

(2)リハビリテーション

- 急性期・回復期と生活期のリハビリテーションの円滑な移行について、フェーズに応じてプログラム内容を変化させていくための仕組みが必要。医療機関で完結することが前提ではなく生活期で更なるQOL向上を目指すために、急性期・回復期では何をすべきかという視点が医療側に求められる。
- 医療側のリハビリテーションの計画が、介護事業者と十分に情報共有されていないことは問題。計画書を介護事業者に提供した場合の評価が診療報酬としては存在しており、情報提供を評価するという方法では改善が難しい。

(3)口腔

- 病院や介護保険施設等において、口腔の問題等が認識されていないことは課題。歯科専門職以外の職種も理解できる口腔アセスメントの普及も必要。末期がん患者への対応など、状態に応じた口腔管理の推進が必要。
- 歯科医師と薬剤師の連携の推進は重要。また、口腔と栄養の連携も更に推進が必要。

(4)栄養

- 潜在的な低栄養の高齢者が多いことが課題であり、踏み込んだ対策が必要。
- 医療機関や介護保険施設では管理栄養士や多職種による栄養管理が行われているが、退院・退所後、在宅での栄養・食生活支援を行うための社会資源の充実が望まれる。

同時報酬改定に向けた意見交換会における主な御意見

テーマ3: 要介護者等の高齢者に対応した急性期入院医療

(1) 急性期疾患に対応する医療機関等

- 要介護の高齢者に対する急性期医療は、介護保険施設の医師や地域包括ケア病棟が中心的に担い、急性期一般病棟は急性期医療に重点化することで、限られた医療資源を有効活用すべきである。
- 地域包括ケア病棟はまさに在宅支援の病棟であり、高齢者の亜急性期をしっかりと受けられるため、このような役割を推進すべき。
- 医療機関と介護保険施設の平時からの連携が重要であり、医療機関としては地域包括ケア病棟等を有する中小病院がその主体となるべきである。

(2) 高齢者の心身の特性に応じた対応

- 急性期病院における高齢者の生活機能の低下を予防することは重要。病状を踏まえ、各医療専門職種が共通認識を持ったうえでチーム医療による離床の取組を推進すべき。
- 労働人口が減る中で専門職の配置については、全体のバランスはよく見ていくべき。急性期病棟に介護福祉士を配置するようなことは、現実的でないし、医療と介護の役割分担の観点からも、望ましい姿とは言えない。
- 診療報酬の早期離床・リハ加算としてICUでの取組みが進められていることもあり、急性期病院にリハ職を配置することでより良いアウトカムが出るのではないかと。

(3) 入退院支援

- 薬局・薬剤師が、入院時の持参薬の整理と情報提供、退院時における入院中の薬剤管理の状況の把握をしっかりとした上で、退院後の在宅や外来での適切な薬剤管理の継続につなげていくことが重要。また、医療機関と高齢者施設との情報共有も重要。

(4) 医療・介護の人材確保

- 急性期病院では介護やリハビリの人材確保は困難。多職種でお互いの機能を担い、タスクシフト・タスクシェアのもとで連携することが重要。

同時報酬改定に向けた意見交換会における主な御意見

テーマ4：高齢者施設・障害者施設等における医療

(1) 高齢者施設・障害者施設等の医療提供機能

- 医療も介護も人材が不足し、保険財政もこれまで以上に厳しい状況になる。まずは自施設の職員による対応力の向上を図った上で、自施設で対応可能な範囲を超えた場合に外部の医療機関と連携して対応にあたるべき。
- 特養の配置医師について、必ずしも常勤の配置が求められているわけではなく、緊急時の対応が困難な例も報告されている。協力医療機関との関係性を含め、要介護者に適した緊急時の対応、入院・医療についてのルール化、医療・介護の連携の制度化を進めていくべき。

(2) 医療機関と高齢者施設等との連携

- 連携する医療機関については、名前だけの協力医療機関ではなく、地域包括ケア病棟や在宅病、有床診など地域の医療機関と、中身のある連携体制を構築すべき。
- 急変時の速やかな相談・往診体制や入院受入れとともに、重症化しないための予防的な関わりや日常的なケアの質向上の観点から、専門性の高い看護師による高齢者施設への訪問看護を地域連携の中で推進していくことも必要ではないか。
- 高齢者施設から医療機関へ受診・入院する際に混乱が見られる。とにかく救急車で運んで急性期の病院に行こうという行動が一部見られるが、これは医療資源の使い方及び本人・家族にとってよくないことだろう。医師あるいは特定行為の看護師の助言・判断を、高齢者施設の職員がリアルタイムで簡単に受けられるような仕組みがあると良いのではないか。

(3) 高齢者施設等における薬剤管理

- 施設の在り方や利用者のニーズが多様化する中で、薬剤師がその施設の特性を的確に把握した上で、多職種との連携の下で適切な薬剤管理ができるような推進策が必要。

(4) 感染症対策

- 平時から実効性のあるマニュアルの整備、職員に対する教育研修等が重要。組織の垣根を越えて、高齢者施設・障害者施設が専門人材を有する医療機関から支援や助言が受けられる仕組みが必要。

同時報酬改定に向けた意見交換会における主な御意見

テーマ5: 認知症

(1) 地域包括ケアシステムにおける認知症の人への対応

- 医療・介護現場で関わる際は、認知症の方を自分自身あるいは自分の大切な家族に置き換えて、大切に思う気持ちを持ち合わせる事が何よりも大切。
- 認知症のために必要な医療が受けられないことはあってはならない。その人を支える尊厳あるケアを普及していくべき。
- 早期の気づき、早期対応、重度化予防には多職種連携による連携が重要。服薬管理、歯科治療、外来看護師による相談等が適切に実施されることも重要。
- 認知症初期集中支援が機能的に働くためには、患者の生活背景まで知っているかかりつけ医の対応が重要。研修修了者やサポート医は連携し、積極的に地域で役割を果たすべき。

(2) 医療機関・介護保険施設等における認知症の人への対応

- BPSD等の認知症対応力向上のためには支援者が地域の専門人材から助言を受けられる仕組み作りが有用。また、BPSD等に関連する脱水症状の改善も重要であり、特定行為研修を修了した看護師を活用していくべきではないか。
- 身体拘束を低減・ゼロを目指すためには、組織としてこの課題に取り組むことが重要。身体拘束をせざるを得ない場面とはどのようなものなのかデータを詳細に分析した上で具体的な方策を講じていくべき。
- 医療機関では、やむを得ないと理由で身体拘束が実施されているが、療養病床では工夫すれば身体拘束が外せることがわかってきている。急性期でも身体拘束の最小化に取り組むべき。認知症の方の尊厳を保持することは重要。

(3) 認知症の人に係る医療・介護の情報連携

- 医療と介護の情報連携は重要であるが、医療・介護DXの活用については、本人同意の課題もあるため、丁寧な検討をしていくべき。

同時報酬改定に向けた意見交換会における主な御意見

テーマ6: 人生の最終段階における医療・介護

(1) 人生の最終段階における意思決定支援

- いずれの場面においても意思決定を支援する取組は重要であり、認知症患者の増加を踏まえると、あらかじめ本人の意思を共有していくことは推進すべき。ただし、急性疾患において性急に意思決定を促すことや、救急隊の現場での負担軽減などを目的として強制的に推進することが起こらないよう、その推進の方法は慎重であるべき。
- 日々の診療や介護の中で、丁寧に本人の意思を確認することが大切であり、その意思は刻々と変わりゆくものであることを踏まえると、リアルタイムにその情報をICT等を用いて医師が医療関係者や介護関係者と共有することが非常に有効。
- 患者の意思決定支援は、療養病棟や在宅医療を実施している医療機関だけでなく、全ての医療機関が共通認識の下で取り組む必要があり、より多くの患者に早期から意思決定支援を行うということであれば、診療所等の外来で患者のことを最も理解している「かかりつけ医」が対応することが重要。
- 人生の最終段階において、最期まで口から食べることや口腔を清潔に保つことは、QOL向上の観点から重要。終末期において、患者の状態に応じた適切な口腔健康管理が実施できるような実施体制の構築が必要。

(2) 本人の意思に基づく医療・介護の提供

- 人生の最終段階を支える医師が、在宅診療や施設における医療の中で、患者の疾病が非がんであっても、緩和ケアを専門とする医師らとICT等を使って連携することで、ご本人が望む住み慣れた環境で最期を迎えることが可能となる。
- 緩和ケアについては、患者及び家族の苦痛や不安を和らげるために総合的に対応することが重要である。このため、麻薬を早期から積極的に使用するなど、考え方が変化してきている。一方、医療用麻薬といっても多様な製品・規格があり、また取り寄せにも時間がかかることが多く、医療機関、薬局、訪問看護ステーションの間で日常からの連携体制の構築が必要。
- 非がんの緩和ケアについては、心不全やCOPDの末期の状態では、少量の麻薬が非常に有効であることが確認されているが、その提供については検討の余地があるのではないか。
- 特別養護老人ホームでの看取りへの取組が強化されたが、意思を尊重したみとりの取組は進んでいる一方で、配置医師等の関係で必ずしも意思に沿わない事例もある。介護から医療サービスを利用する場合は急変等が多く連携が困難な状況もある。医療機関と介護施設が連携するために、医療情報や生活支援情報の相互交換を行うための標準的なフォーマットを国が策定し、自治体にその活用を推進することを検討していただきたい。

同時報酬改定に向けた意見交換会における主な御意見

テーマ7: 訪問看護

(1) 更なる高齢化を見据えた訪問看護の役割等

- 訪問看護は、高齢者の医療・介護ニーズや在宅看取りへの対応とともに、小児や難病など、多世代にわたる利用者への対応が求められ、安定した24時間のサービス提供体制の構築・強化が急務。また、退院後早期や医療ニーズが高い方の居宅での療養を支援の対応力と入院前後の医療機関との連携体制の強化、情報共有の基盤整備も重要である。
- 訪問看護療養費はコロナ禍のなかでも年率20%近く伸びている。厚生労働省においては、訪問看護レセプトが電子請求に移行することを踏まえ、レセプト分析についても早急に取り組み、実態把握や検証の精度を高めてもらいたい。
- 訪問看護の利用者には口腔に課題がある者もいるため、多職種連携がより推進される仕組みが求められる。

(2) 地域のニーズに応えられる訪問看護の提供体制

- 訪問看護の24時間対応体制は、看護職員の身体的・精神的負担が大きいことが指摘されている。訪問看護は夜間や早朝の対応も発生するので、夜間等対応の更なる評価や複数事業所が連携し24時間対応体制を確保するための方策が必要。
- 理学療法士等による訪問看護については、訪問看護の本来の役割を管理者が理解した上で、事業所の管理者が責任をもって、利用者にとどのようなケアを提供していく必要があるのか、訪問看護の実施・評価・改善を一体的に管理していく必要がある。

(3) 介護保険と医療保険の訪問看護の対象者

- 医療技術の進歩等の観点から別表第7の見直しを検討することは重要なことであるが、要望のみによって安易に医療保険と介護保険の境界を変更すべきものではない。
- 医療保険の訪問看護を利用している場合には、医療と介護が一体的にマネジメントされていない現状もあるため、医療と介護が連携できる環境整備を進め、シームレスなサービス提供をできるようにすべき。

(4) 介護保険と医療保険の訪問看護に関する制度上の差異

- 訪問看護事業所は利用者に対し訪問看護計画に基づき継続的なケアを実施しているが、ターミナル期などで保険の適用が介護保険から医療保険に移行したことで加算の要件を満たさなくなる場合や、事業所の体制に関して介護保険と医療保険で要件が異なる場合がある。重度者の医療ニーズ対応や看取りを実施する事業所に対する評価に関し、同時改定に向けて整理・検討が必要。

同時報酬改定に向けた意見交換会における主な御意見

テーマ8. 薬剤管理(再掲)

(テーマ1: 地域包括ケアのさらなる推進のための医療・介護・障害サービスの連携)

- DXの検討に当たっては、歯科診療所や薬局等も含めた検討が必要。また、介護DXは、医療DXの後をついていくのではなく同時に検討を進めるべき。
- 障害福祉サービスでも医療ニーズが非常に高まっており、体制整備も含め医療と福祉の連携は喫緊の課題。口腔健康管理や歯科医療の提供、薬剤管理も同様に医療と障害福祉サービスの連携が必要。

(テーマ3: 要介護者等の高齢者に対応した急性期入院医療)

- 薬局・薬剤師が、入院時の持参薬の整理と情報提供、退院時における入院中の薬剤管理の状況の把握をしっかりとした上で、退院後の在宅や外来での適切な薬剤管理の継続につなげていくことが重要。また、医療機関と高齢者施設との情報共有も重要。

(テーマ4: 高齢者施設・障害者施設等における医療)

- 施設の在り方や利用者のニーズが多様化する中で、薬剤師がその施設の特性を的確に把握した上で、多職種との連携の下で適切な薬剤管理ができるような推進策が必要。

(テーマ5: 認知症)

- 早期の気づき、早期対応、重度化予防には多職種連携による連携が重要。服薬管理、歯科治療、外来看護師による相談等が適切に実施されることも重要。

(テーマ6: 人生の最終段階における医療・介護)

- 緩和ケアについては、患者及び家族の苦痛や不安を和らげるために総合的に対応することが重要である。このため、麻薬を早期から積極的に使用するなど、考え方が変化してきている。一方、医療用麻薬といっても多様な製品・規格があり、また取り寄せにも時間がかかることが多く、医療機関、薬局、訪問看護ステーションの間で日常からの連携体制の構築が必要。
- 非がんの緩和ケアについては、心不全やCOPDの末期の状態では、少量の麻薬が非常に有効であることが確認されているが、その提供については検討の余地があるのではないか。

同時報酬改定に向けた意見交換会における主な御意見

テーマ9. その他

- 今回の一連の議論を通じて、共通したキーワードとして「情報共有」や「連携」があり、方法論として「DX」や「ICT」が指摘された。ツールとなるマイナンバーカードの活用を含めて、医療や介護における現状や将来像等の資料を中医協と介護給付費分科会に事務局から示してほしい。
- 高齢者の方々が在宅であり、病院であり、施設という形で空間的にも移動し、制度的にも医療・介護という複数の制度を移行する。この移動するというに伴って出てくる具体的な課題を議論したもの。情報の共有がどういう形でできるのか、さらに連携の具体的な体制づくりがどういう形でできるのかということに関し、今後議論していくべき。
- 介護サービスから医療サービスへの移行、あるいはその逆で医療サービスから介護サービスの移行、要するに両制度間の橋渡しのところに、高齢者やその家族のウエル・ビーイング、便益、あるいはQOLが阻害される危険性が頭を出している。とりわけ高齢要介護者の病状が急変したときの対応に解決すべき問題があるのではないかと。現行制度を所与として、その下で医療や介護に携わっている方々が最善と考えられる措置を講じたにもかかわらず、高齢者やその家族のウエル・ビーイングが阻害されているというリスクがあるのであれば、報酬の在り方も含めて現行制度を見直していく必要がある。
- 今回の同時改定に際しては、医療・介護の間の連携をさらに強化して、医療・介護、障害者向けの福祉サービスも含めて、こうしたサービスが全体として私たちの厚生の上昇に資するような方向に政策を進めていく必要がある。