

第 169 回社会保障審議会医療保険部会 議事次第

令和 5 年 10 月 27 日（金）
16 時 00 分～18 時 00 分
場 所：全 国 都 市 会 館

（ 議 題 ）

1. 令和 6 年度診療報酬改定の基本方針について
2. 国民健康保険の保険料（税）の賦課（課税）限度額について

（報告事項）

1. 全世代型社会保障について
2. 医療費における保険給付率と患者負担率のバランス等の定期的な見える化について
3. オンライン資格確認について

（ 配布資料 ）

- 資 料 1 令和 6 年度診療報酬改定に向けた基本認識、基本的視点、具体的方向性について
資 料 2 国民健康保険の保険料（税）の賦課（課税）限度額について
資 料 3 全世代型社会保障について
資 料 4 医療費における保険給付率と患者負担率のバランス等の定期的な見える化について
資 料 5 オンライン資格確認について

- 参考資料 1－1 医療保険部会（9月 29 日）各委員の発言要旨
参考資料 1－2 医療部会（9月 29 日）各委員の発言要旨
参考資料 1－3 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

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
きたがわ ひろやす 北川 博康	全国健康保険協会理事長
こうの ただやす 河野 忠康	全国町村会理事／愛媛県久万高原町長
さの まさひろ 佐野 雅宏	健康保険組合連合会副会長
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

令和6年度診療報酬改定に向けた 基本認識、基本的視点、具体的方向性について

厚生労働省 保険局

Ministry of Health, Labour and Welfare of Japan

改定に当たっての基本認識について①

改定に当たっての基本認識については、以下のように示すこととしてはどうか。

◆ 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

- 現下の食材料費をはじめとする物価高騰の状況、30年ぶりの高水準となる賃上げの状況などといった経済社会情勢は、医療分野におけるサービス提供や人材確保にも大きな影響を与えており、患者が必要とする医療が受けられるよう、機動的な対応が必要となっている。
- 令和6年度の改定では、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。

◆ 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

- 我が国は、国民皆保険や優れた保健・医療システムの成果により、世界最高水準の平均寿命を達成してきた。今後は、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直面することとなるが、このような中、社会の活力を維持・向上していくためには、健康寿命の延伸により高齢者をはじめとする意欲のある方々が役割を持ち活躍のできる社会を実現するとともに「全世代型社会保障」を構築することが急務の課題である。
- 令和6年度の改定は、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であり、重要な節目となる。団塊の世代が全て75歳以上の高齢者となる2025年だけでなく、ポスト2025年のあるべき医療・介護の提供体制を見据え、医療と介護の役割分担と切れ目のない連携を着実に進め、医療・介護の複合ニーズを有する者が、必要に応じて「治し、支える」医療や個別ニーズに寄り添った介護を地域で完結して受けられるようにする社会を目指すことが重要である。あわせて、医療と障害福祉サービスの連携も重要である。
- 加えて、今般の感染症対応により浮き彫りとなった課題にも対応し、新興感染症等に対応できる医療提供体制を構築することをはじめとして、引き続き、質の高い効率的・効果的な医療提供体制の構築に向けた取組を着実に進める必要がある。

改定に当たっての基本認識について②

(続き)

◆ 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

- 新型コロナウイルス感染症の感染拡大を契機に、我が国のデジタル化の遅れが顕在化した。医療分野においても、デジタル化された医療情報の利活用を積極的に推進していくことが、個人の健康増進に寄与するとともに、医療現場等における業務効率化の促進、より効率的・効果的な質の高い医療の提供を行っていく上で、非常に重要である。こうした背景を踏まえて、医療情報の活用や医療機関間における連携のための取組等を含む医療DXを推進することで、地域医療連携の円滑化、個々の医療機関等の負担軽減を図り、安心・安全で質の高い医療サービスを実現していく必要がある。
- また、新型コロナウイルス感染症により、医薬品・医療機器等の存在意義や創薬力の重要性が社会的に改めて注目されてきており、イノベーションの推進により創薬力・開発力を維持・強化するとともに、革新的医薬品を含めたあらゆる医薬品・医療機器等を国民に安定的に供給し続けることを通じて、医療と経済の発展を両立させ、安心・安全な暮らしを実現することが重要である。

◆ 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

- 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、経済・財政との調和を図りつつ、より効率的・効果的な医療政策を実現するとともに、国民の制度に対する納得感を高めることが不可欠である。
- そのためには、「経済財政運営と改革の基本方針 2023」や「新しい資本主義のグランドデザイン及び実行計画2023改訂版」等を踏まえつつ、無駄の排除、医療資源の効率的・重点的な配分、医療分野における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である。

改定の基本的視点について

- 改定の基本的視点については、以下の4点としてはどうか。
- その際、現下の雇用情勢に加え、長期的にも人口構造の変化により支え手が不足する状況の中、人材確保が大きな課題となっていることに鑑み、視点1に重点を置くこととしてはどうか。

視点1

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【重点課題】

視点2

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

視点3

安心・安全で質の高い医療の推進

視点4

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

具体的方向性について①

視点1 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

- 2023年の春闘などを通じて賃上げが行われているものの、医療分野では賃上げが他の産業に追いついていない状況にある。そうした中で、医療分野における人材確保の状況は、目下のところ、高齢化等による医療需要増加の一方、有効求人倍率が全職種平均の2～3倍程度の水準で高止まるとともに、入職率から離職率を差し引いた医療分野の入職超過率は0%に落ち込むなど悪化している状況であり、また、長期的にも、人口構造の変化により生産年齢人口の減少に伴った支え手不足が見込まれる。
- このような状況を踏まえ、必要な処遇改善等を通じて、医療現場を支えている医療従事者の人材確保のための取組を進めることが急務である。その際、特に医師、歯科医師、薬剤師及び看護師以外の医療従事者の賃金の平均は全産業平均を下回っており、また、このうち看護補助者については介護職員の平均よりも下回っていることに留意した対応が必要である。
- 加えて、医師等の働き方改革を進め、健康に働き続けることのできる環境を整備することは、患者・国民に対して提供される医療の質・安全を確保すると同時に、持続可能な医療提供体制を維持していく上で重要である。診療報酬においてはこれまで、タスク・シェアリング/タスク・シフティングやチーム医療の推進等、医療従事者の高い専門性の発揮と医療機関における勤務環境改善に資する取組を評価してきたところ。2024年（令和6年）4月から、医師について時間外労働の上限規制が適用される予定であるが、同規制の適用以後も、引き続き、総合的な医療提供体制改革の進展の状況、医療の安全や地域医療の確保、患者や保険者の視点等を踏まえながら、診療報酬がより実効性のある対応となるよう検討する必要がある。

【考えられる具体的方向性の例】

- 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
 - ・ 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
 - ・ 地域医療の確保及び機能分化を図る観点から必要な救急医療体制等の確保
 - ・ 医療人材および医療資源の偏在への対応

具体的方向性について②

視点2 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

- いわゆる団塊の世代が全て75歳以上となる2025年に向けて、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、2025年以降も人口減少・高齢化が進む中、患者の状態等に応じて質の高い医療を適切に受けられるよう、介護サービス等と連携しつつ、切れ目のない提供体制が確保されることが重要である。
- このため、医療DXを推進し、今般の感染症対応の経験やその影響も踏まえつつ、外来・入院・在宅を含めた地域全体での医療機能の分化・強化、連携を着実に進めることが必要である。

【考えられる具体的方向性の例】

- 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
 - ・ マイナ保険証を活用した、質が高く効率的な医療の提供
 - ・ 医療情報の標準化、ICTの活用等を通じて、医療連携の取組を推進
- 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
 - ・ 医療と介護の連携、医療と障害福祉サービスの連携の推進
- リハビリテーション、栄養管理及び口腔管理の連携・推進
- 患者の状態及び必要と考えられる医療機能に応じた入院医療の評価
 - ・ 増加する高齢者急性期医療のニーズや地域医療構想等を踏まえた、患者の状態に応じた適切な医療資源を効率的に提供するための機能分化の推進
- 外来医療の機能分化・強化等
- 新興感染症等に対応できる地域におけ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
- 質の高い在宅医療・訪問看護の確保
 - ・ 専門性の高い看護師の活用

具体的方向性について③

視点3 安心・安全で質の高い医療の推進

- 食材料費をはじめとする物価高騰を踏まえつつ、患者にとって必要な質の高い医療を確保する取組を進める。
- 患者の安心・安全を確保しつつ、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、イノベーションを推進し、新たなニーズにも対応できる医療の実現に資する取組の評価を進める。

【考えられる具体的方向性の例】

- 食材料費をはじめとする物価高騰を踏まえた対応
- 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
 - ・ 患者が安心して医療を受けられ、それぞれの実情に応じて地域で継続して生活できるよう、医療機関間の連携の強化に資する取組等を実施
 - ・ 人生の最終段階における医療・ケアの充実
- アウトカムにも着目した評価の推進
 - ・ 質の高いリハビリテーションの評価など、アウトカムにも着目した評価を推進。
- 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）
 - ・ 小児医療、周産期医療、救急医療の充実
 - ・ 質の高いがん医療の評価
 - ・ 認知症の者に対する適切な医療の評価
 - ・ 地域移行・地域生活支援の充実を含む質の高い精神医療の評価
 - ・ 難病患者に対する適切な医療の評価
- 生活習慣病の増加等に対応する効果的・効率的な疾病管理および重症化予防の取組推進
- 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

具体的方向性について④

【考えられる具体的方向性の例（続き）】

- 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、病院薬剤師業務の評価
- 地域の患者・住民のニーズに対応した機能を有する医薬品供給拠点としての役割の評価
- 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
 - ・ 患者の安心・安全を確保するための医薬品の安定供給の確保を推進
 - ・ 医薬品、医療機器、検査等におけるイノベーションを含む先進的な医療技術の適切な評価

具体的方向性について⑤

視点4 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

- 高齢化や技術進歩、高額な医薬品の開発等により医療費が増大していくことが見込まれる中、国民皆保険を維持するため、医療資源を効率的・重点的に配分するという観点も含め、制度の安定性・持続可能性を高める不断の取組が必要である。
- 医療関係者が協働して、医療サービスの維持・向上を図るとともに、効率化・適正化を図ることが求められる。

【考えられる具体的方向性の例】

- 後発医薬品やバイオ後続品の使用促進、長期収載品等の在り方
 - ・ 後発医薬品について、安定供給の確保の状況を踏まえつつ、使用促進の取組を推進。
 - ・ 医療保険財政の中でイノベーションを推進するため、長期収載品等の保険給付の在り方の見直しとともに、経済性に優れた医療機器等の診療報酬上の評価や患者が自ら使用するプログラム医療機器等の保険適用の在り方について検討。
- 費用対効果評価制度の活用
 - ・ 革新性が高く市場規模が大きい、又は著しく単価が高い医薬品・医療機器について、費用対効果評価制度を活用し、適正な価格設定を実施。
- 市場実勢価格を踏まえた適正な評価
 - ・ 医薬品、医療機器、検査等について、市場実勢価格を踏まえた適正な評価を行うとともに、効率的かつ有効・安全な利用体制を確保。
 - ・ エビデンスや相対的な臨床的有用性を踏まえた医療技術等の適正な評価。
- 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（再掲）
- 患者の状態及び必要と考えられる医療機能に応じた入院医療の評価（再掲）
- 外来医療の機能分化・強化等（再掲）

具体的方向性について⑥

【考えられる具体的方向性の例（続き）】

- 生活習慣病の増加等に対応する効果的・効率的な疾病管理および重症化予防の取組推進（再掲）
- 医師・病院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
 - ・ 重複投薬、ポリファーマシー、残薬や、適正使用のための長期処方への在り方への対応、リフィル処方箋の活用等、医師及び薬剤師の適切な連携による医薬品の効率的かつ安全で有効な使用を促進。
 - ・ 医学的妥当性や経済性の視点も踏まえた処方を推進。

国民健康保険の保険料（税）の賦課（課税）限度額について

厚生労働省 保険局

Ministry of Health, Labour and Welfare of Japan

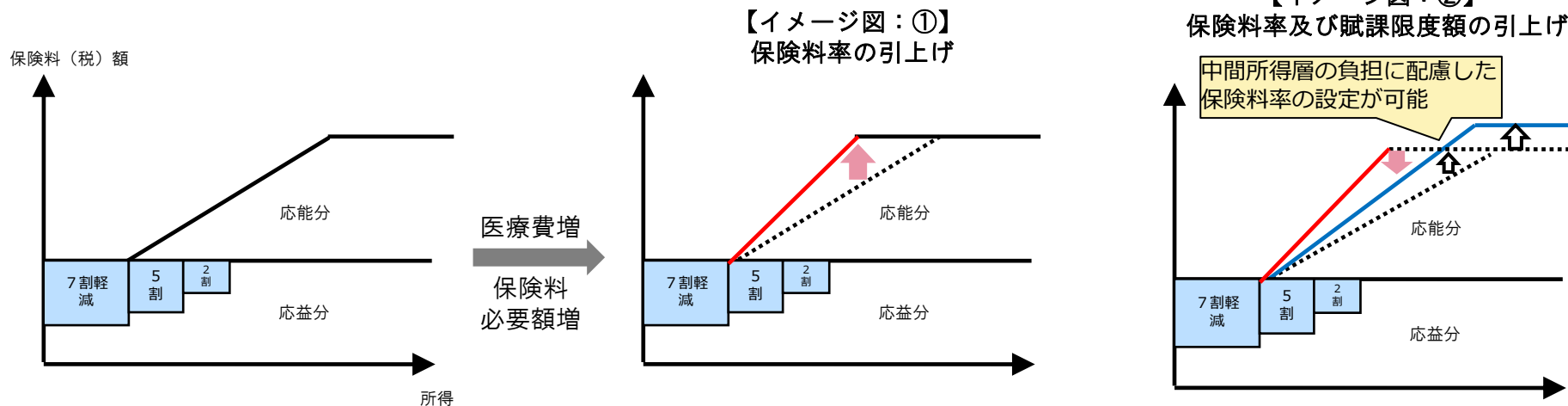
国民健康保険料（税）の賦課（課税）限度額について（概要）

基礎的事項

- 医療保険制度では、保険料負担は、負担能力に応じた公平なものとする必要があるが、受益との関連において、被保険者の納付意欲に与える影響や、円滑な運営を確保する観点から**被保険者の保険料負担に一定の限度**を設けている。
※ 令和5年度賦課限度額：104万円（医療分：87万円（基礎賦課額：65万円、後期高齢者支援金賦課額：22万円）、介護分：17万円）
- 高齢化等により**医療給付費等が増加する中で**、被保険者の所得が十分に伸びない状況において、**保険料負担の上限を引き上げず**に、**保険料率の引上げにより必要な保険料収入を確保した場合**、高所得層の負担は変わらない中で、**中間所得層の負担が重くなる**。【イメージ図：①】
- 保険料負担の上限を引き上げれば、高所得層により多く負担いただくこととなるが、**中間所得層の被保険者に配慮した保険料の設定が可能**となる。【イメージ図：②】
- 一方、**低中所得層の多い市町村**においては、**相対的に所得の低い世帯の保険料額が賦課限度額に到達することもある**ことから、引き上げに当たっては、市町村の意見等を踏まえ、引き上げ幅や時期を判断する必要がある。

【イメージ図】

- 医療費が増加し、確保すべき保険料収入額が増加した場合において、必要な保険料収入を確保するため、
①保険料率の引上げ ②保険料率及び賦課限度額の引上げ を行った場合



国民健康保険料(税)賦課(課税)限度額の推移

	医療分(計)		基礎賦課(課税)額		後期高齢者支援金等賦課(課税)額【平成20年度～】		介護納付金賦課(課税)額【平成12年度～】		合計	
		引上げ額		引上げ額		引上げ額		引上げ額		引上げ額
平成12年度			53万円	-			7万円	+7万円	60万円	+7万円
15年度			53万円	-			8万円	+1万円	61万円	+1万円
18年度			53万円	-			9万円	+1万円	62万円	+1万円
19年度			56万円	+3万円			9万円	-	65万円	+3万円
20年度	59万円	+3万円	47万円	▲9万円	12万円	+12万円	9万円	-	68万円	+3万円
21年度	59万円	-	47万円	-	12万円	-	10万円	+1万円	69万円	+1万円
22年度	63万円	+4万円	50万円	+3万円	13万円	+1万円	10万円	-	73万円	+4万円
23年度	65万円	+2万円	51万円	+1万円	14万円	+1万円	12万円	+2万円	77万円	+4万円
24・25年度	65万円	-	51万円	-	14万円	-	12万円	-	77万円	-
26年度	67万円	+2万円	51万円	-	16万円	+2万円	14万円	+2万円	81万円	+4万円
27年度	69万円	+2万円	52万円	+1万円	17万円	+1万円	16万円	+2万円	85万円	+4万円
28年度	73万円	+4万円	54万円	+2万円	19万円	+2万円	16万円	-	89万円	+4万円
29年度	73万円	-	54万円	-	19万円	-	16万円	-	89万円	-
30年度	77万円	+4万円	58万円	+4万円	19万円	-	16万円	-	93万円	+4万円
令和元年度	80万円	+3万円	61万円	+3万円	19万円	-	16万円	-	96万円	+3万円
令和2年度	82万円	+2万円	63万円	+2万円	19万円	-	17万円	+1万円	99万円	+3万円
令和3年度	82万円	-	63万円	-	19万円	-	17万円	-	99万円	-
令和4年度	85万円	+3万円	65万円	+2万円	20万円	+1万円	17万円	-	102万円	+3万円
令和5年度	87万円	+2万円	65万円	-	22万円	+2万円	17万円	-	104万円	+2万円

(注1) 平成19年度までは、老健拠出金分が基礎賦課額に含まれていたが、平成20年度以降、老人保健制度が廃止され、後期高齢者支援金等賦課額が新設されている。

(注2) 昭和33年以降平成8年度以前の賦課(課税)限度額の改定経緯を見ると、退職者医療制度が創設された昭和59年度に基礎賦課(課税)分が7万円引き上げられている以外は、引き上げ幅は最大4万円(昭和49年度・平成5年度)となっている。

賦課限度額引き上げの考え方

- 社会保障改革プログラム法（平成25年法律第112号）や社会保障制度改革国民会議報告書（平成25年8月）を踏まえ、毎年度、医療保険部会の議論を経て、国保保険料（税）の賦課限度額の引き上げを行っている。
- 引き上げの際には以下の点を考慮した上で実施している。
 - ✓ **被用者保険におけるルール（※）とのバランスを考慮し、賦課限度額超過世帯割合が1.5%に近づくように段階的に引き上げる**
 - ※ 被用者保険においては、最高等級の標準報酬月額に該当する被保険者の割合が0.5%～1.5%の間となるように法定されている。
 - ✓ 医療の基礎賦課分、後期高齢者支援金分、介護納付金分の賦課限度額超過世帯割合が、**前年と比較して増加**しているか、それぞれに**ばらつきが見られるかを基準**として引き上げ幅を設定する
 - ✓ 過去20年間で最大の引き上げ幅は、**4万円**（介護保険制度を創設したH12のみ介護保険料分で7万円）

賦課限度額の見直しに関するこれまでの経過

■社会保障制度改革国民会議報告書(平成25年8月6日)(抄)

第2部 社会保障4分野の改革

II 医療・介護分野の改革

3 医療保険制度改革

(1) 財政基盤の安定化、保険料に係る国民の負担に関する公平の確保

医療保険制度における保険料の負担についても、負担能力に応じて応分の負担を求めることを通じて保険料負担の格差是正に取り組むべきである。

国民健康保険の保険者の都道府県への移行は財政運営の安定化のみならず保険料負担の平準化に資する取組であるが、このほか、国民健康保険において、相当の高所得の者であっても保険料の賦課限度額しか負担しない仕組みとなっていることを改めるため、保険料の賦課限度額を引き上げるべきである。同様の問題が被用者保険においても生じており、被用者保険においても標準報酬月額上限の引上げを検討するべきである。

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

(医療制度)

第四条

7 政府は、持続可能な医療保険制度等を構築するため、次に掲げる事項その他必要な事項について検討を加え、その結果に基づいて必要な措置を講ずるものとする。

一 (略)

二 医療保険の保険料に係る国民の負担に関する公平の確保についての次に掲げる事項

イ～ハ (略)

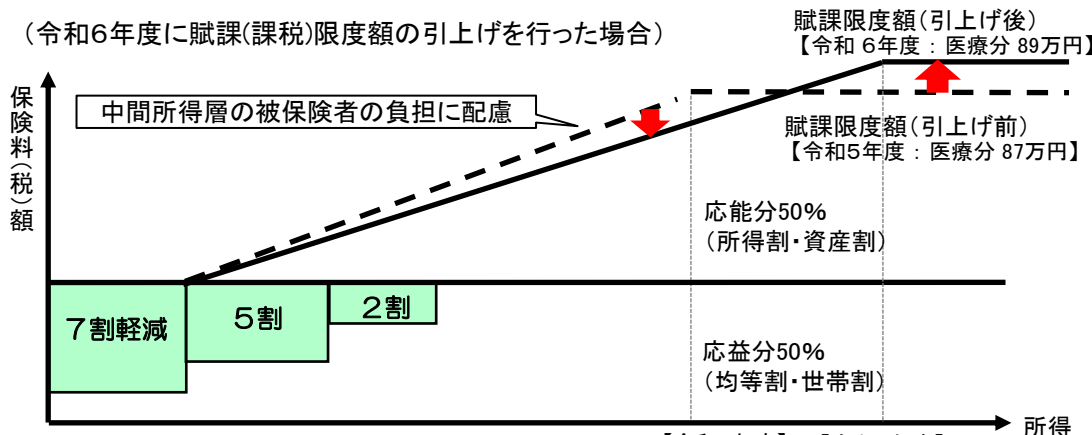
ニ 国民健康保険の保険料の賦課限度額及び標準報酬月額等(医療保険各法(国民健康保険法を除く。)に規定する標準報酬月額、標準報酬の月額、給料の額及び標準給与の月額をいう。)の上限額の引上げ

三 (略)

8 政府は、前項の措置を平成二十六年度から平成二十九年度までを目途に順次講ずるものとし、このために必要な法律案を平成二十七年に開会される国会の常会に提出することを目指すものとする。

令和6年度の国保保険料(税)に係る賦課(課税)限度額の在り方(案)

- 令和6年度においては、限度額(合計額)の超過世帯割合が引き上げ前において1.4%台となっている一方、**後期高齢者支援金賦課分の超過世帯割合が2%を超え、前年と比較して大幅に増加**しており、**基礎賦課分、後期高齢者支援金等賦課分、介護納付金賦課分のばらつきも拡大**している。
- ※ 今般の推計は令和2年の所得を用いており、新型コロナの影響等により超過世帯割合が全体としては減少
- このため、**令和5年度と同じ割合の世帯が、令和6年度においても賦課限度額到達世帯に該当するよう**、医療分の賦課限度額を「**2万円**」(後期支援金等分+2万円)引き上げることとしてはどうか。



※ 賦課限度額(医療分)に達する収入及び所得 (注1、注2) 【令和5年度】 【令和6年度】
(基礎賦課(課税)分+後期高齢者支援金等分)

給与収入 約1,140万円 / 年金収入 約1,140万円
(給与所得 約960万円 / 年金所得 約960万円)

給与収入 約1,160万円 / 年金収入 約1,160万円
(給与所得 約980万円 / 年金所得 約980万円)

(注1) 給与収入又は年金収入を有する単身世帯で試算。

(注2) 保険料率等は、旧ただし書・4方式を採用する令和3年度全国平均値で試算。【令和3年度】所得割率 8.89%、資産割額 11,327円、均等割額 30,480円、世帯割額 26,887円。同様の考え方では令和6年度の限度額に達する収入を試算すると、3方式の場合には給与収入約1,068万円/年金収入約1,068万円、2方式の場合には給与収入約1,160万円/年金収入約1,160万円。

● 賦課(課税)限度額引上げに伴う収入別の保険料への影響(令和6年度(推計))(注4)

	医療分(計)		基礎賦課(課税)分		後期高齢者支援金等賦課(課税)分		介護納付金賦課(課税)分		合計	
	(据え置き)		(据え置き)		(据え置き)		(据え置き)		(据え置き)	
	(89万円)	(89万円)	(65万円)	(65万円)	(24万円)	(24万円)	(17万円)	(17万円)	(106万円)	(106万円)
年収400万円 (前年度伸び率)	30.7万円 (+3.2%)	30.5万円 (+2.7%)	21.4万円 (+1.1%)	21.4万円 (+1.1%)	9.2万円 (+8.2%)	9.1万円 (+6.6%)	2.7万円 (+2.8%)	2.7万円 (+2.8%)	33.3万円 (+3.2%)	33.2万円 (+2.7%)
限度額該当世帯 (前年度伸び率)	87.0万円 (+0.0%)	89.0万円 (+2.3%)	65.0万円 (+0.0%)	65.0万円 (+0.0%)	22.0万円 (+0.0%)	24.0万円 (+9.0%)	17.0万円 (+0.0%)	17.0万円 (+0.0%)	104.0万円 (+0.0%)	106.0万円 (+2.0%)

(注4) 中間所得層と高所得層(賦課(課税)限度額到達世帯)について、令和3年度実績に基づき、予算ベースで令和6年度における状況を推計したもの。

● 賦課(課税)限度額の引上げ(令和6年度)

	医療分(計)	基礎賦課(課税)分	後期高齢者支援金等賦課(課税)分	介護納付金賦課(課税)分	合計
引上げ前	87万円	65万円	22万円	17万円	104万円
引上げ後 (引上げ幅)	89万円 (+2万円)	65万円 (増減なし)	24万円 (+2万円)	17万円 (増減なし)	106万円 (+2万円)

● 限度額該当世帯の割合(令和6年度(推計))(注3)

	医療分(計)	基礎賦課(課税)分	後期高齢者支援金等賦課(課税)分	介護納付金賦課(課税)分	合計
前年度(R5)	1.51%	1.41%	1.97%	0.92%	1.33%
引上げ前(R6)	1.61%	1.44%	2.25%	0.96%	1.42%
引上げ後(R6)	1.52%	1.44%	2.13%	0.96%	1.35%

(注3) 令和3年度国民健康保険実態調査に基づき、令和6年度における状況を推計したもの。

引上げにより、中間所得層の伸び率を抑えられる。

引上げを行わないと該当世帯が増加するところ、引上げにより伸びを抑制。

全世代型社会保障について

第7回こども未来戦略会議における岸田総理発言

10/2 第7回こども未来戦略会議 岸田総理発言

本年6月に「こども未来戦略方針」を策定し、今後の集中的な取組として「加速化プラン」をお示しいたしました。

妊娠期から切れ目なく子育て世帯をお支えする「加速化プラン」により、我が国の子供一人当たりの家族関係支出は、OECD（経済協力開発機構）トップのスウェーデンに達する水準となり、画期的に前進いたします。制度の拡充ばかりでなく、制度を安心して御活用いただけるよう、社会の意識改革にも取り組んでいきたいと考えております。

本日も具体的な進捗の報告がありましたが、スピード感ある実行のため、できるところから取組を実施することが重要であると考えております。何よりも子育て世代の所得向上が重要であり、最低賃金を含めた賃上げ等に全力で取り組んでまいります。先週には、「年収の壁・支援強化パッケージ」を決定したところです。

引き続き、可能な限りの前倒しによる各種施策の実施を検討してまいります。

そのためにも、「加速化プラン」に掲げる各種施策について、法制化が必要なものは、来年通常国会での法案提出に向けて準備をし、制度設計等の具体化を急がなければなりません。加藤大臣、新藤大臣、武見大臣を始め関係大臣においては、関係する会議体での議論を含め検討を進めていただき、成案を得ていきます。

「加速化プラン」の実施に当たっては、全世代型社会保障の構築の観点からの改革も進めてまいります。この点についても、「全世代型社会保障構築会議」において、「経済財政諮問会議」と連携した改革工程の年末までの策定を新藤大臣にお願いしたいと思っております。

これらの検討も踏まえ、「こども未来戦略会議」において、皆様の知見を頂きながら、こども・子育て政策の抜本的な強化に向けて、政府を挙げて、取り組んでまいります。

4 加速化プランを支える安定的な財源の確保

こども未来戦略方針（抜粋）

【I. こども・子育て政策の基本的考え方】

- 少子化対策の財源は、まずは徹底した歳出改革等によって確保することを原則とする。全世代型社会保障を構築する観点から歳出改革の取組を徹底するほか、既定予算の最大限の活用などを行う。このことによって、実質的に追加負担を生じさせないことを目指していく。
- その際、歳出改革等は、国民の理解を得ながら、複数年をかけて進めていく。
- このため、経済成長の実現に先行して取り組みながら、歳出改革の積上げ等を待つことなく、2030年の節目に遅れることのないように、前倒しで速やかに少子化対策を実施することとし、その間の財源不足は必要に応じてこども特例公債を発行する。
- 以上のとおり、経済を成長させ、国民の所得が向上することで、経済基盤及び財源基盤を確固たるものとするとともに、歳出改革等による公費と社会保険負担軽減等の効果を活用することによって、国民に実質的な追加負担を求めることなく、少子化対策を進める。少子化対策の財源確保のための消費税を含めた新たな税負担は考えない。

こども未来戦略方針（抜粋）

【Ⅲ-2.「加速化プラン」を支える安定的な財源の確保】 （財源の基本骨格）

- ① 財源については、国民的な理解が重要である。このため、2028年度までに徹底した歳出改革等を行い、それらによって得られる公費の節減等の効果及び社会保険負担軽減の効果を活用しながら、実質的に追加負担を生じさせないこと¹²を目指す。
歳出改革等は、これまでと同様、全世代型社会保障を構築¹³するとの観点から、歳出改革の取組を徹底するほか、既定予算の最大限の活用などを行う¹⁴。なお、消費税などこども・子育て関連予算充実のための財源確保を目的とした増税は行わない。
- ② 経済活性化、経済成長への取組を先行させる。経済基盤及び財源基盤を確固たるものとするよう、ポストコロナの活力ある経済社会に向け、新しい資本主義の下で取り組んでいる、構造的賃上げと官民連携による投資活性化に向けた取組を先行させる。
- ③ ①の歳出改革等による財源確保、②の経済社会の基盤強化を行う中で、企業を含め社会・経済の参加者全員が連帯し、公平な立場で、広く負担していく新たな枠組み（「支援金制度（仮称）」）を構築することとし、その詳細について年末に結論を出す¹⁵。

¹² 高齢化等に伴い医療介護の保険料率は上昇するが、徹底した歳出改革による公費節減等や保険料の上昇抑制を行うための各般の取組を行い、後述する支援金制度（仮称）による負担が全体として追加負担とならないよう目指すこと。このため、具体的な改革工程表の策定による社会保障の制度改革や歳出の見直し、既定予算の最大限の活用などに取り組む。

¹³ 「全世代型社会保障構築会議 報告書」（令和4年12月16日）では、少子化対策は、個人の幸福追求と社会の福利向上を併せて実現する極めて価値の大きい社会保障政策であるとの観点から、子育て費用を社会全体で分かち合い、こどもを生み育てたいと希望する全ての人々が、安心して子育てができる環境を整備することが求められる旨を指摘し、これを、我々の目指すべき社会の将来方向の第一として掲げている。また、「年齢に関わりなく、全ての国民が、その能力に応じて負担し、支え合うことによって、それぞれの人生のステージに応じて、必要な保障がバランスよく提供されることを目指す」のが全世代型社会保障であるとも指摘している。

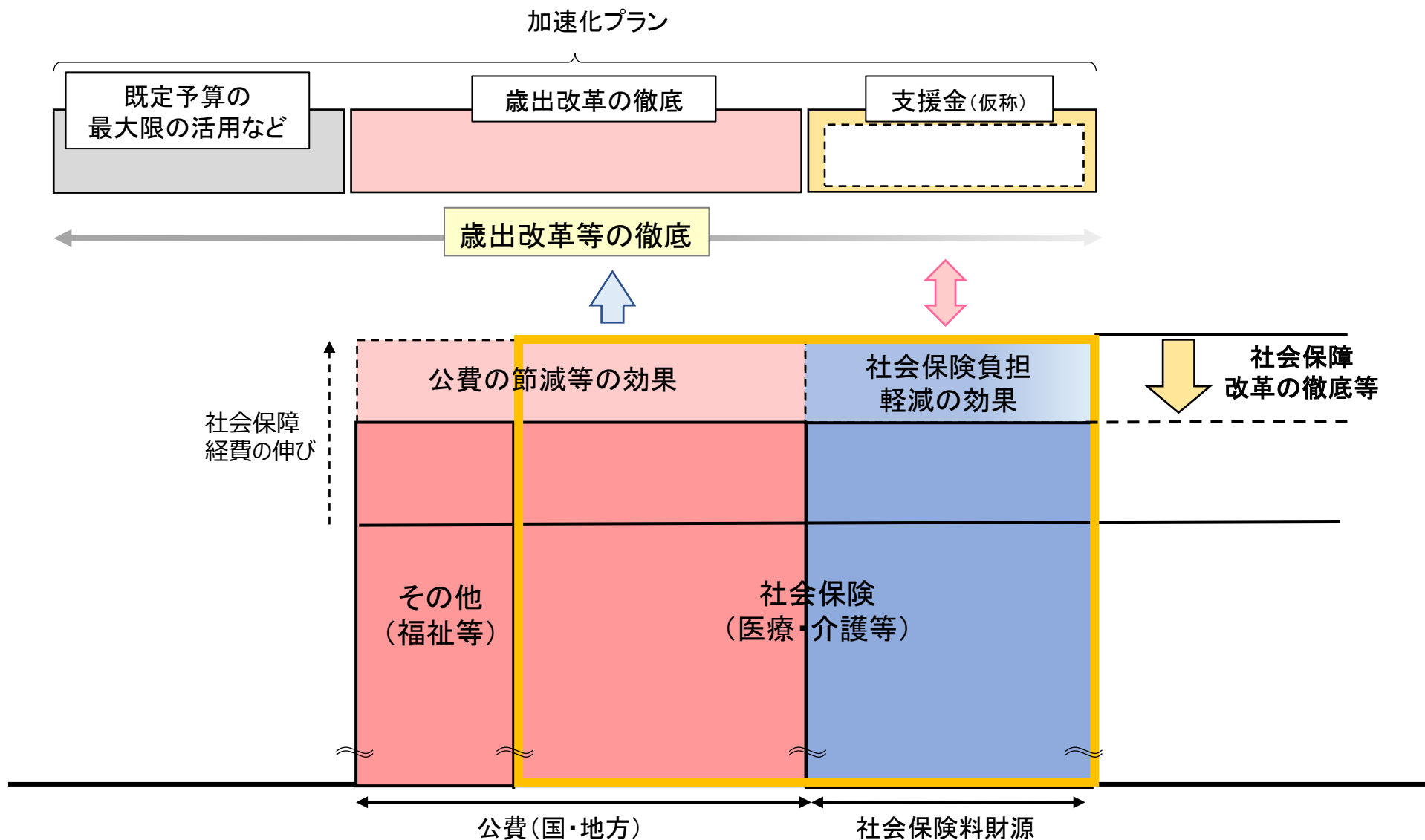
¹⁴ こども・子育て政策の強化は、国と地方が車の両輪となって取り組んでいくべきであり、「加速化プラン」の地方財源についてもこの中で併せて検討する。

¹⁵ 支援金制度（仮称）については、以下の点を含め、検討する。

- ・ 現行制度において育児休業給付や児童手当等は社会保険料や子ども・子育て拠出金を財源の一部としていることを踏まえ、公費と併せ、「加速化プラン」における関連する給付の政策強化を可能とする水準とすること。
- ・ 労使を含めた国民各層及び公費で負担することとし、その賦課・徴収方法については、賦課上限の在り方や賦課対象、低所得者に対する配慮措置を含め、負担能力に応じた公平な負担とすることを検討し、全世代型で子育て世帯を支える観点から、賦課対象者の広さを考慮しつつ社会保険の賦課・徴収ルートを活用すること。

こども・子育て政策の強化（加速化プラン）の財源の基本骨格（イメージ）

令和5年10月2日
第7回こども未来戦略会議
資料3-1より抜粋



医療費における保険給付率と患者負担率のバランス等の 定期的な見える化について

これまでの経緯

基本的な考え方

- 現在、医療費の動向、医療費の伸び率の要因分解、制度別の実効給付率等について定期的に公表しているほか、制度改正や診療報酬改定の財政影響について、その都度必要に応じ公表しているところである。
- 支え手の中核を担う勤労世代が減少しその負担能力が低下する中で、改革に関する国民的理解を形成する観点から保険給付率（保険料・公費負担）と患者負担率のバランス等を定期的に見える化しつつ、診療報酬とともに保険料・公費負担、患者負担について、国民にわかりやすい形で公表していくことが必要。
- 国民に広く医療保険財源について理解してもらうことにより、医療保険制度をより信頼し、安心して利用してもらうような環境を形成するため、こうした内容を年1回医療保険部会において報告するとともにホームページ上で公表することとしたところ（令和2年10月28日医療保険部会において、公表資料案とともに議論）

医療保険部会における議論の整理（令和2年12月23日）

（医療費について保険給付率と患者負担率のバランス等の定期的に見える化）

（略）今後、**医療費の財源構造、医療保険制度の比較、実効給付率の推移と要因分析、生涯医療費の分析内容について、年1回当部会において報告するとともにホームページ上で公表し、資料についてはわかりやすさを重視したものとすべきである。**

新経済・財政再生計画改革工程表 2022（令和5年1月16日）

59. 医療費について保険給付率（保険料・公費負担）と患者負担率のバランス等を定期的に見える化しつつ、診療報酬とともに保険料・公費負担、患者負担について総合的な対応を検討

a. **医療費の財源構造、医療保険制度の比較、実効給付率の推移と要因分析、生涯医療費の分析内容を含む資料について、わかりやすさを重視したうえで、年1回関係審議会において報告するとともに、ホームページ上で公表する。**

※2025年度以降も実施

《所管省庁：厚生労働省》

対応方針

医療保険の財源について、特に自己負担・保険料負担・公費負担の構造等を定期的にわかりやすい形で公表し、制度検討の議論に供することで、定期的に総合的な対応について検討していく。

また、国民に広く財源について理解してもらうことにより、医療保険制度をより信頼し、安心して利用してもらうような環境を形成する。

具体的には、以下の分析内容について、年1回医療保険部会において報告するとともにホームページ上で公表する。資料についてはわかりやすさを重視したものとする。

①医療費の財源構造

国民医療費がどのような財源によってまかなわれているか、概略をわかりやすく図で表記。また後期高齢者医療制度とそれ以外の制度で財源がどのように異なるかも示す。

②医療保険制度の比較

各医療保険制度の財源構成について、前期調整額・後期支援金等の流れも含め、わかりやすく図示する。

③実効給付率の推移と要因分析

高齢化の影響による実効給付率の推移を図示。後期高齢者医療制度とそれ以外での推移も示す。またその伸びの要因を財源別（保険料・公費）に着目して分析したものを示す。

④生涯医療費

生涯医療費（＝一生涯でかかると考えられる医療費の平均。死亡率を考慮したもの）について図示し、そのうち保険給付でまかなわれる部分を示す。

本年度公表予定の資料について (4～11ページ)

ひと、暮らし、みらいのために



厚生労働省
Ministry of Health, Labour and Welfare

医療費の財源構成（令和2年度）

皆さんが病院の窓口で支払う金額（自己負担額）は、平均的には、受けた医療にかかった費用（医療費）の約14%程度です。その他の部分は医療保険制度から支払われます。この医療保険でまかなわれる割合（86%）を、「実効給付率」といいます。またこの86%のうち、公費でまかなわれる部分が33%程度、保険料でまかなわれる部分が53%程度となっています。

自己負担額の割合は年齢によって異なりますが、法定給付率に加えて高額療養費制度等があることにより、後期高齢者（75歳以上）とそれ以外で分けた場合には、後期高齢者が約8%、それ以外が約19%となっています。

医療費 40.2兆円	医療給付費 34.3兆円 (実効給付率 85.5%)		自己負担額 5.8兆円 (14.5%)
	公費 13.3兆円 (33.0%)	保険料 21.1兆円 (52.5%)	



後期高齢者 以外 23.5兆円	医療給付費 19.1兆円 (実効給付率 81.0%)		自己負担額 4.5兆円 (19.0%)
	公費 4.8兆円 (20.5%)	保険料 14.2兆円 (60.5%)	

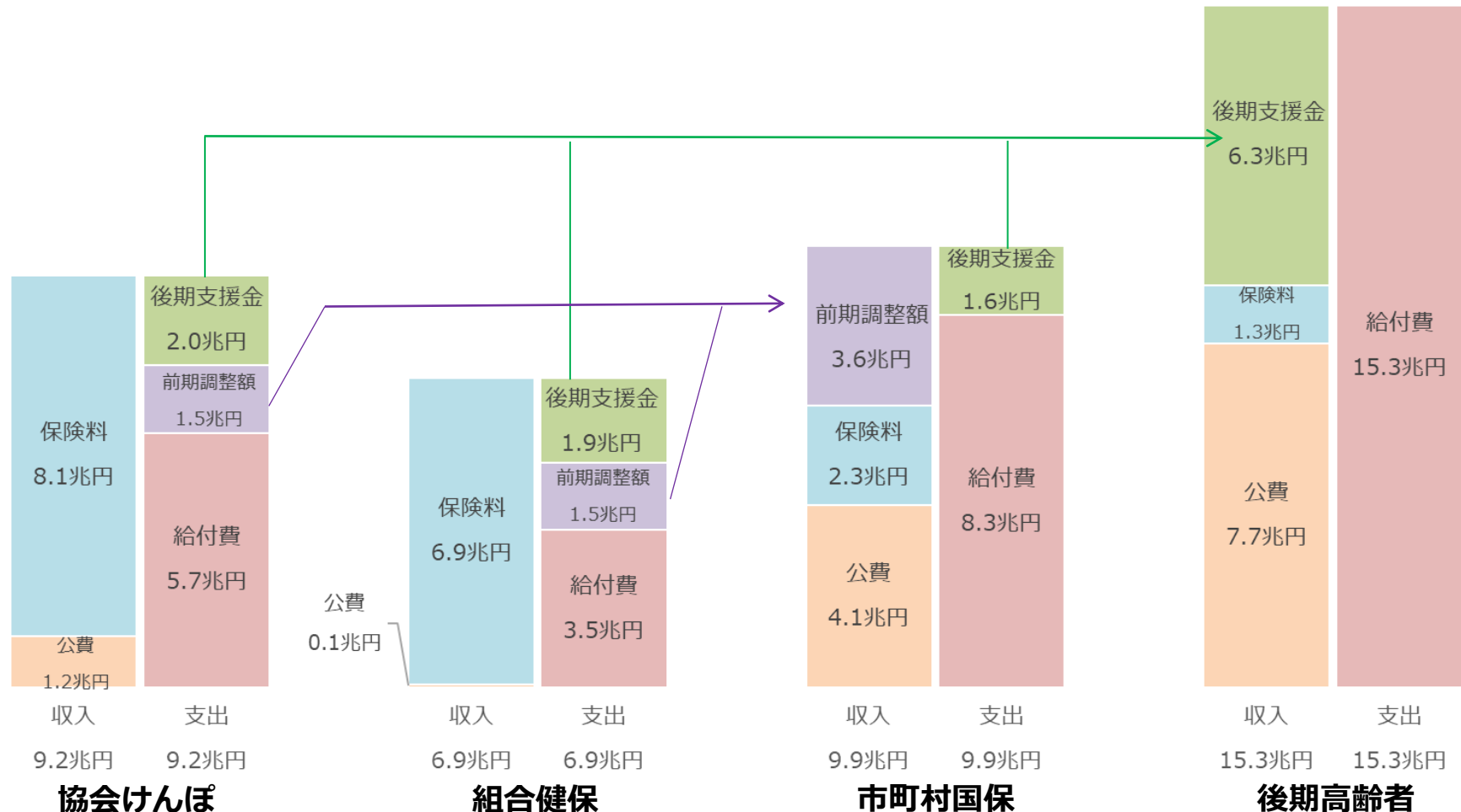
後期高齢者 16.6兆円	医療給付費 15.3兆円 (実効給付率 91.9%)			自己負担額 1.3兆円 (8.1%)
	公費 7.7兆円 (46.3%)	保険料 1.3兆円 (7.8%)	支援金 6.3兆円 (37.7%)	

〔 公費 0.7兆円
保険料 5.6兆円 〕

※ この資料における「医療給付費」は医療保険からの給付費であり、公費負担医療分や地方単独事業分は含んでいない。また、「自己負担額」は医療保険に係る医療費から上記の「医療給付費」を除いたものとなっている。

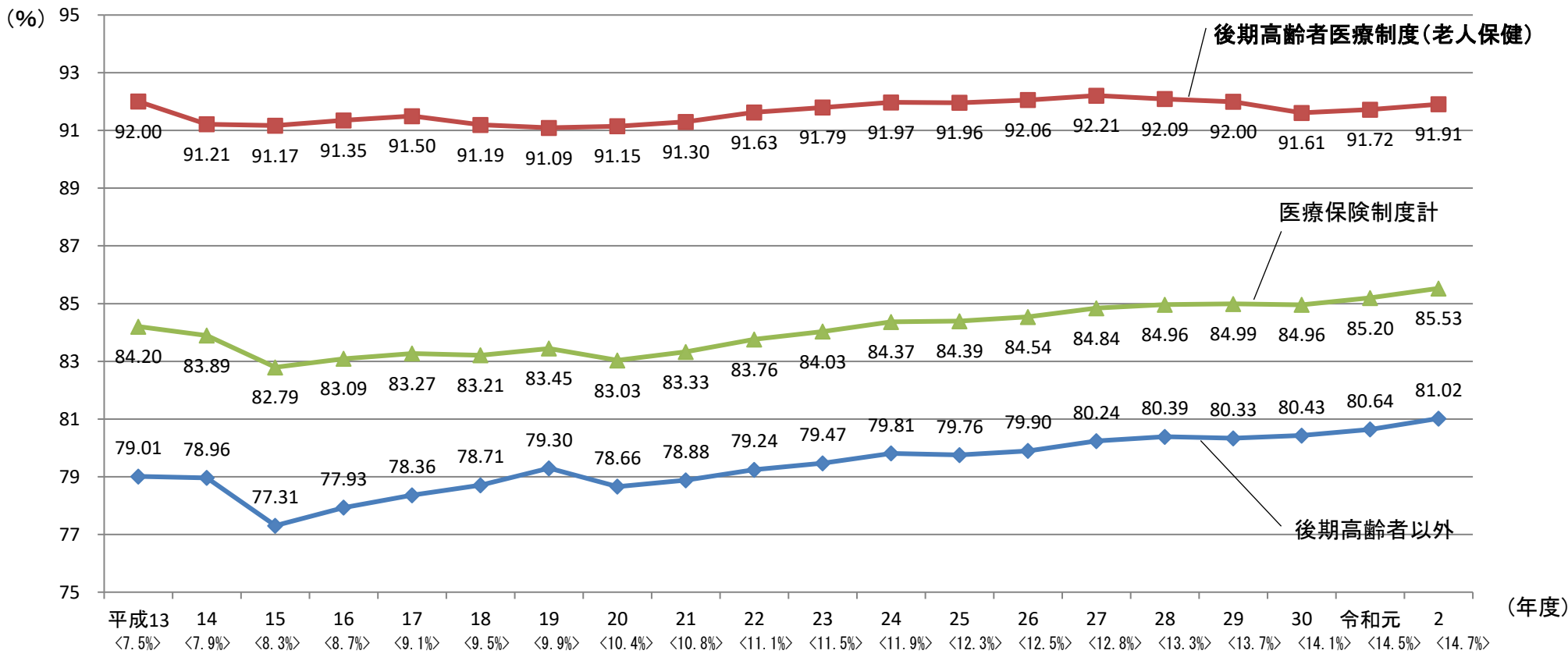
制度別の財政の概要（令和2年度）

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



実効給付率の推移

実効給付率（直近では約86%）は、制度改正等により上下することはあるものの、高齢者の方が実効給付率が高い傾向にあるため、高齢化の進展等により、近年のトレンドとしては上昇傾向になっています。



H14.10～70歳以上
: 定率1割(現役並み2割)

H15.4～健保
: 2割→3割

H18.10～70歳以上
: 現役並み: 2割→3割

H20.4～後期高齢者医療制度発足
70～74歳(凍結)/義務教育前: 2割

H26.4～70～74歳
: 順次凍結解除

(注1) 予算措置による70歳～74歳の患者負担補填分を含んでいない。

(注2) 特定疾患治療研究事業、小児慢性特定疾患治療研究事業といった公費による医療費の自己負担の軽減は含まれていない。

出典: 各制度の事業年報等を基に作成

実効給付率の推移と財源構成

実効給付率を財源別に見ると、保険料分が53%程度、公費分が33%程度となっています。

公費分の増減は、制度改革のほか、高齢化による後期高齢者の増加、被用者化による国保加入者の減少等によって変化しています。

	平成23年度 (2011)	平成24年度 (2012)	平成25年度 (2013)	平成26年度 (2014)	平成27年度 (2015)	平成28年度 (2016)	平成29年度 (2017)	平成30年度 (2018)	令和元年度 (2019)	令和2年度 (2020)
実効給付率	84.0%	84.4%	84.4%	84.5%	84.8%	85.0%	85.0%	85.0%	85.2%	85.5%
うち保険料分	52.3%	52.4%	52.3%	52.3%	52.4%	52.6%	52.7%	52.4%	52.5%	52.5%
うち公費分	31.7%	32.0%	32.1%	32.3%	32.4%	32.4%	32.3%	32.6%	32.7%	33.0%
前年度差（実効給付率）	0.3%	0.3%	0.0%	0.1%	0.3%	0.1%	0.0%	▲0.0%	0.2%	0.3%
うち保険料分	0.2%	0.1%	▲0.1%	▲0.0%	0.1%	0.2%	0.1%	▲0.3%	0.1%	0.0%
うち公費分	0.1%	0.3%	0.1%	0.2%	0.2%	▲0.1%	▲0.0%	0.3%	0.1%	0.3%
制度改革				・国保の保険基盤安定 (保険料軽減)の拡充 (約500億円)	・国保の保険基盤安定 (保険者支援)の拡充 (約1,700億円) ・後期高齢者支援金の 総報酬割部分を1/2に引 上げ	・短時間労働者の適用 拡大(H28.10~) ・後期高齢者支援金の 総報酬割部分を2/3に引 上げ	・後期高齢者支援金の 全面総報酬割を実施	・国保の財政支援の拡 充(約1,700億円)		

※1. 実効給付率は医療保険医療費に対する率である。

※2. 保険料分及び公費分は、各年度の財政構造表に基づき、実効給付率に財源構成における所要保険料及び公費の割合を乗じて算出したもの。

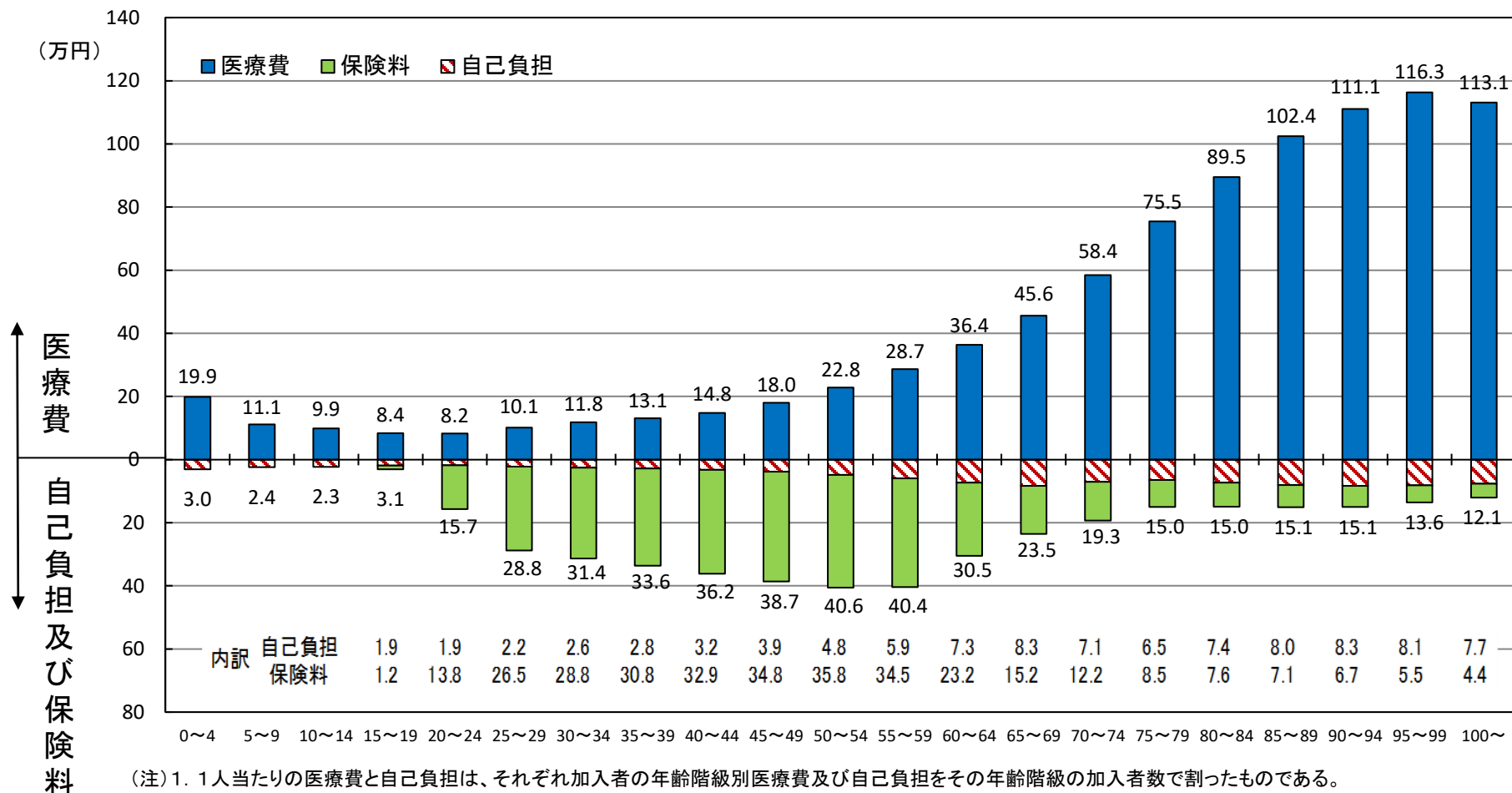
(参考) 制度別加入者数割合

被用者保険	58.0%	58.1%	58.3%	58.7%	59.3%	60.1%	61.0%	61.5%	62.0%	62.2%
うち協会けんぽ	27.5%	27.6%	28.0%	28.5%	29.2%	29.9%	30.6%	31.2%	32.1%	32.2%
うち組合健保	23.3%	23.2%	23.1%	23.1%	23.1%	23.2%	23.4%	23.5%	23.0%	23.0%
国民健康保険	30.5%	30.1%	29.6%	28.9%	28.1%	26.9%	25.6%	24.6%	23.8%	23.3%
後期高齢者	11.4%	11.8%	12.1%	12.3%	12.7%	13.1%	13.5%	13.9%	14.2%	14.4%

※. 国民健康保険には、国保組合が含まれている。

年齢による医療費と負担額の違い（令和2年度）

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



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

生涯医療費とは

生涯医療費は、その年に生まれた0歳の人が、平均で生涯にどのくらいの医療費が必要となるかを表したものです。

生涯医療費は、今後、年齢別の1人当たり医療費や死亡の状況が変化しないと仮定し、

「ある年齢の1人当たり医療費」×

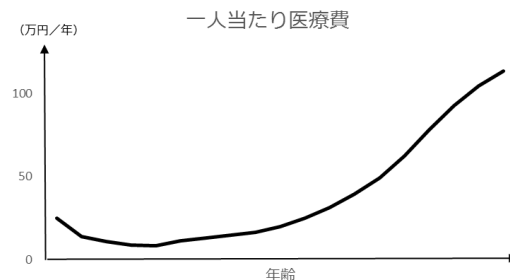
「0歳からその年齢までの生存割合」

を計算して、それを全ての年齢で足し上げることにより算出しています。

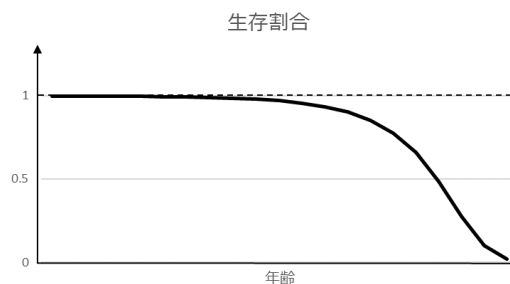
つまり、これは途中で死亡することも考慮した医療費と言えます。

このため、生涯医療費は、年齢ごとの1人当たり医療費を単純に足し上げたものとは異なります。

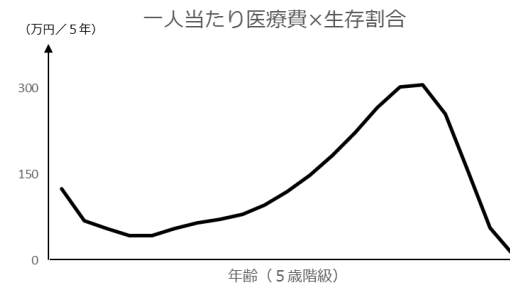
※ 実際の計算は、年齢を5歳階級ごとにまとめて行っています。



×



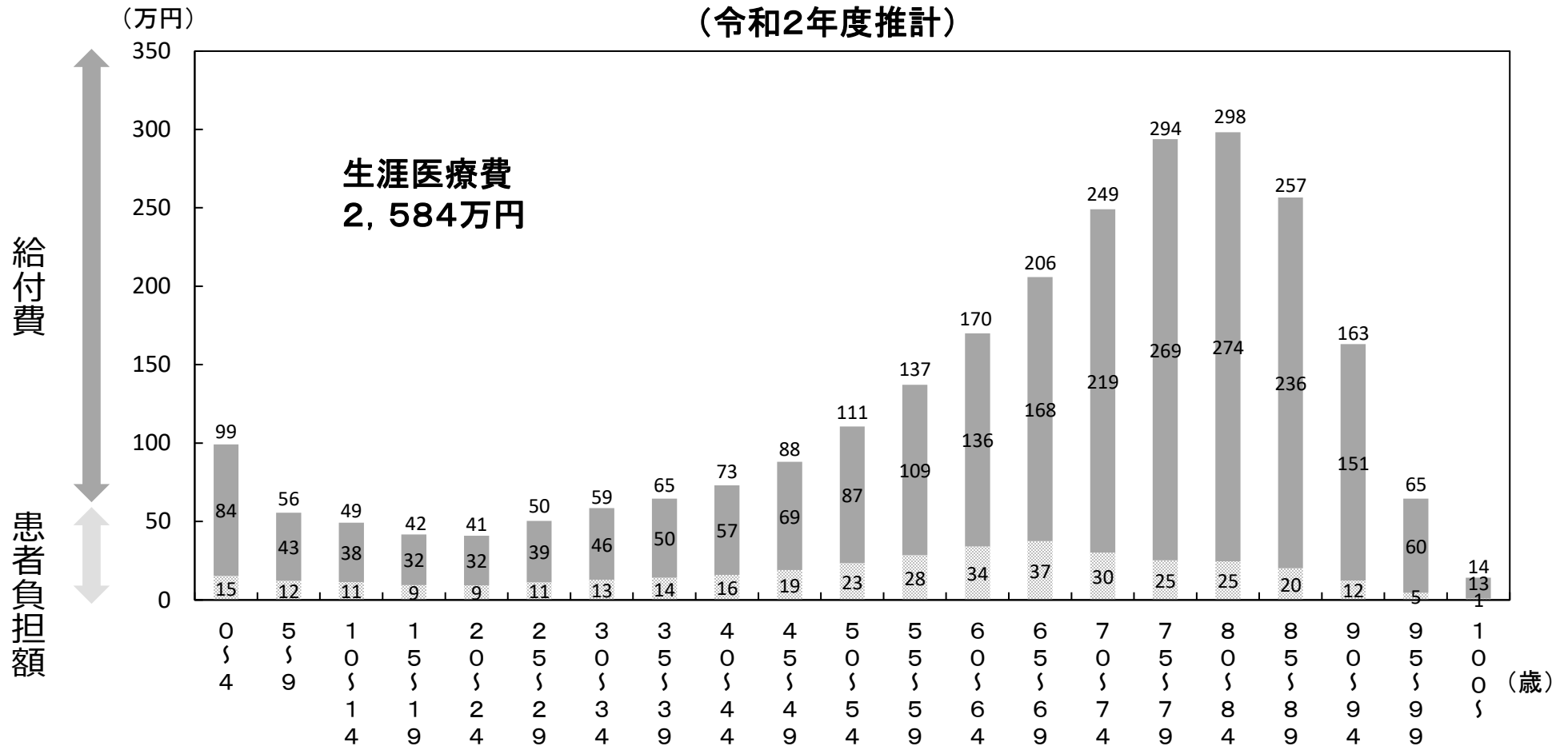
||



生涯医療費（令和2年度）

直近のデータを元に計算した生涯医療費は、約2,600万円となっています。生涯医療費のうち医療保険給付で賄われる部分は、約2,200万円となり、医療費の約85%は医療保険から賄われることとなります。

生涯給付費、患者負担額 （令和2年度推計）

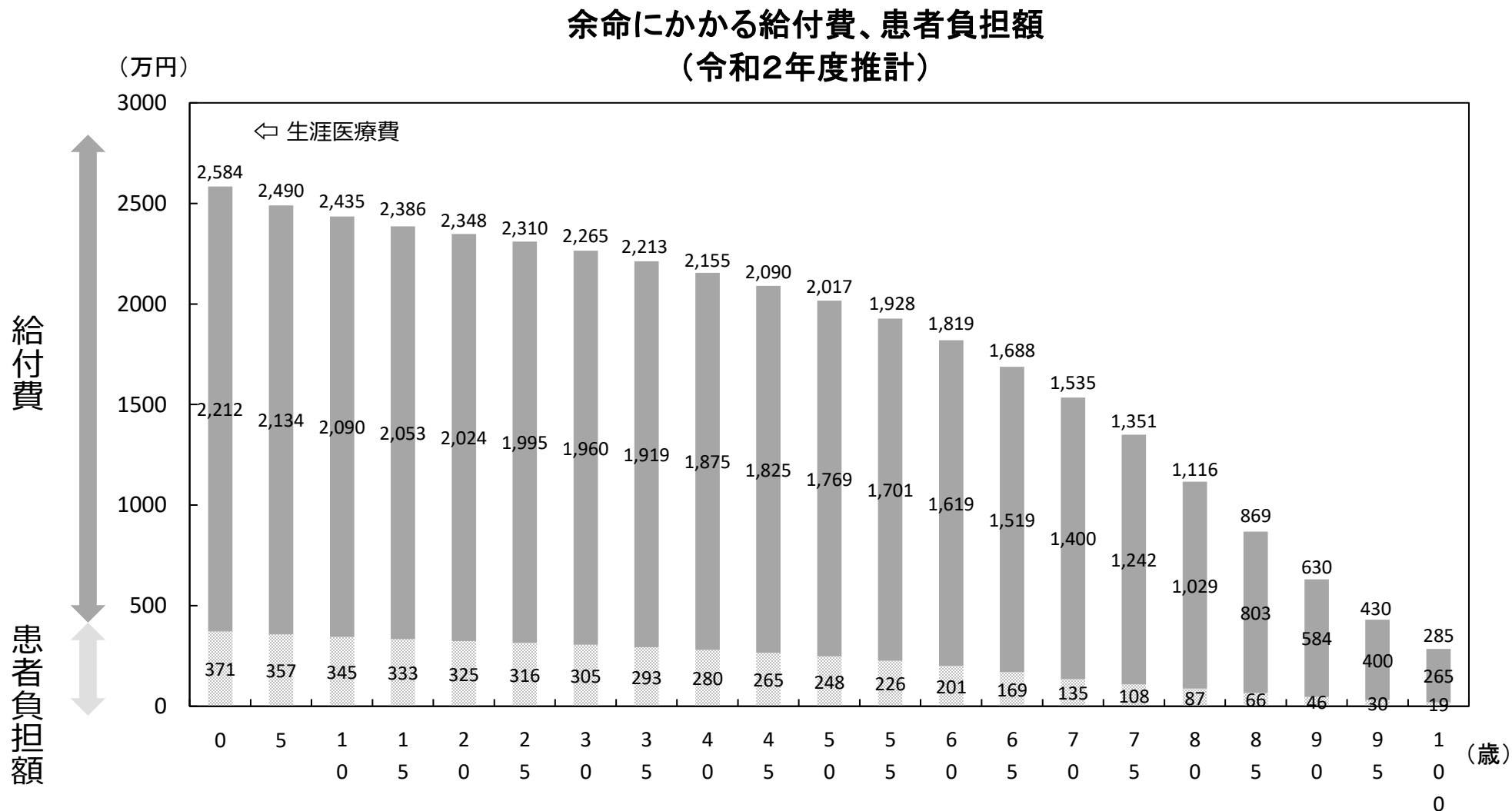


(注) 1. 令和2年度の年齢階級別一人当たり医療費をもとに、令和2年完全生命表による定常人口を適用して推計したものである。

2. 労災等を含めた生涯医療費は約2,700万円(男女別では男性で約2,600万円、女性で約2,800万円)である。

余命にかかる医療費（令和2年度）

ある年齢に達した人がその後にかかる平均的な医療費（給付費、患者負担額）を表しています。



(注) 令和2年度の年齢階級別一人当たり医療費をもとに、令和2年度人口推計ならびに令和2年完全生命表による生存数および定常人口を適用して推計したものである。 11

(参考) 医療保険部会における議論の整理 (令和2年12月23日)

(医療費について保険給付率と患者負担率のバランス等の定期的に見える化)

- 現在、医療費の動向、医療費の伸び率の要因分解、制度別の実効給付率等について定期的に公表しているほか、制度改正や診療報酬改定の財政影響について、その都度必要に応じ公表しているところである。
- 医療費について保険給付率と患者負担率のバランス等の定期的に見える化については、改革工程表において、「支え手の中核を担う勤労世代が減少しその負担能力が低下する中で、改革に関する国民的理解を形成する観点から保険給付率（保険料・公費負担）と患者負担率のバランス等を定期的に見える化しつつ、診療報酬とともに保険料・公費負担、患者負担について、（中略）総合的な対応を検討」とされている。
- これを踏まえ、当部会においては、
 - ① 医療保険の財源について、特に自己負担・保険料負担・公費負担の構造等をわかりやすい形で公表し、制度検討の議論に供することで、定期的に総合的な対応について検討していくこと
 - ② 国民に広く財源について理解してもらうことにより、医療保険制度をより信頼し、安心して利用してもらうような環境を形成すること等について議論を行った。
- ①医療保険の財源について、特に自己負担・保険料負担・公費負担の構造等をわかりやすい形で公表することについては、
 - ・ データのみならず、医療保険制度の仕組みを効果的に伝えることも重要ではないか
 - ・ 保険制度の利用に当たっての国民のコスト意識を喚起するような情報開示を進める必要があるのではないか
 - ・ 予防・健康づくりに要する費用にも着目すべきではないかなどの意見があった。
- ②国民に広く財源について理解してもらうことにより、医療保険制度をより信頼し、安心して利用してもらうような環境を形成することについては、
 - ・ 専門家だけではなく、国民が理解できるような形にすることが重要ではないか
 - ・ どのような媒体を使っていくかということが重要なのではないか、ホームページでの発信に限らず、他の手法も考えるべきではないか
 - ・ 「見える化」に加えてさらに積極的に教育するという視点も重要ではないかなどの意見があった。
- これらの意見を踏まえ、今後、医療費の財源構造、医療保険制度の比較、実効給付率の推移と要因分析、生涯医療費の分析内容について、年1回当部会において報告するとともにホームページ上で公表し、資料についてはわかりやすさを重視したものとすべきである。



オンライン資格確認について

医療機関・薬局におけるオンライン資格確認の導入状況

(2023/10/22時点)

1. 保険医療機関・薬局全体

準備完了施設数

運用開始施設数

209,555施設(91.3%) , 203,144施設(88.5%)

(参考) 全施設数 229,428施設

(注1) 顔認証付きカードリーダー申込数は211,296施設(92.1%)

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	98.4%	97.1%	8,163
医科診療所	90.8%	87.4%	89,679
歯科診療所	87.0%	83.3%	69,863
薬局	96.0%	95.0%	61,723

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

運用開始施設数

204,228施設(97.5%) , 198,386施設(94.8%)

(参考) 義務化対象施設数 209,362施設

(注2) 顔認証付きカードリーダー申込数は206,882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	99.0%	97.7%	8,073
医科診療所	97.5%	94.0%	81,622
歯科診療所	95.9%	92.1%	61,197
薬局	99.2%	98.3%	58,470

【参考：健康保険証の利用の登録】

71,496,733件 カード交付枚数に対する割合 **74.0%**

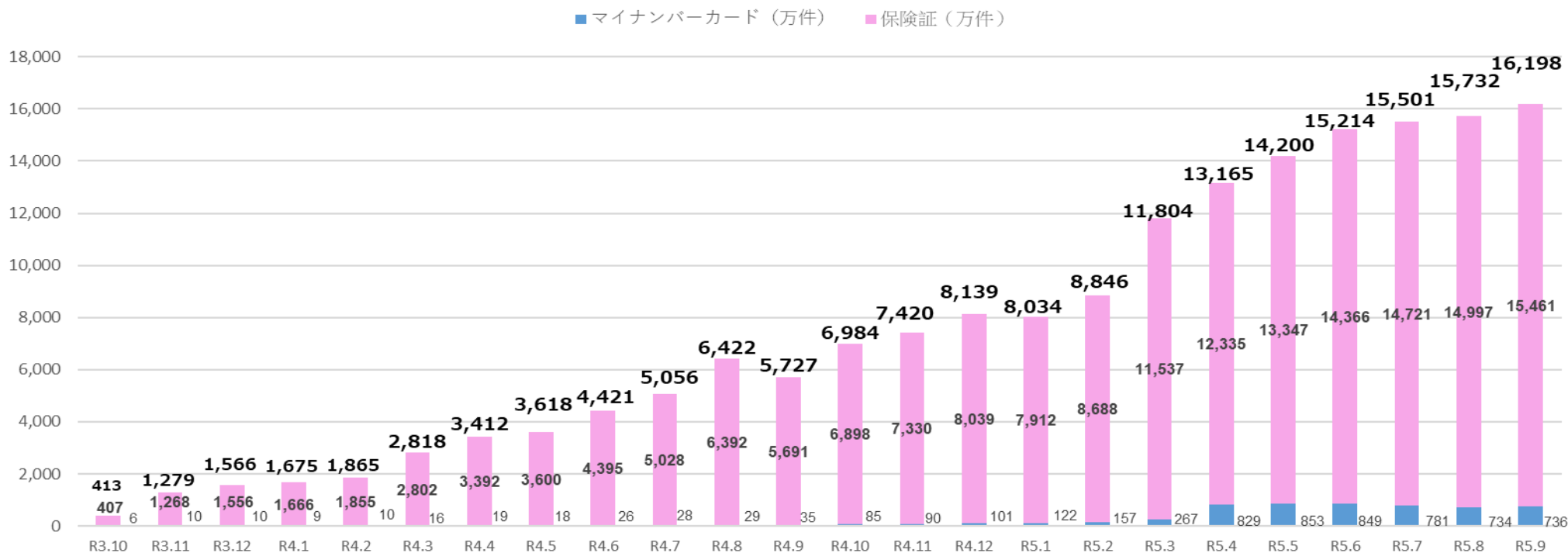
【参考：マイナンバーカード申請・交付状況】

有効申請枚数： 約9,845万枚 (人口比：78.5%)
交付実施済数： 約9,657万枚 (人口比：77.0%)

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9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18.0億件行われた。そのうちマイナンバーカードによるもの：約5,800万件、保険証によるもの：約17,4億件であり、合計約18,0億件。（一括照会によるもの：約2.3億件）

■ 運用開始施設における資格確認の利用件数



【9月分の内訳】

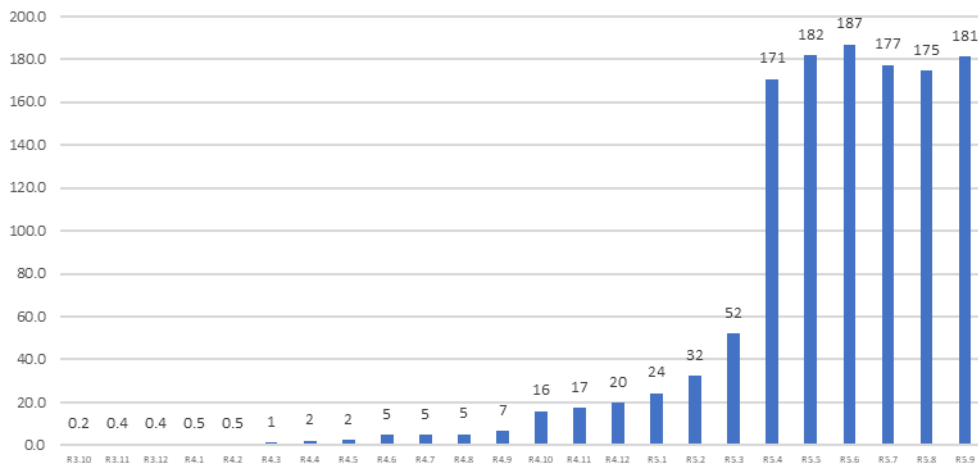
	合計 (件)	マイナンバーカード (件)	保険証 (件)	一括照会 (件)
病院	8,807,769	1,004,395	7,803,374	13,214,672
医科診療所	68,557,235	3,721,248	64,835,987	1,502,294
歯科診療所	11,117,841	1,154,872	9,962,969	4,678,407
薬局	73,493,418	1,482,979	72,010,439	47,515
総計	161,976,263	7,363,494	154,612,769	19,442,888

※ 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

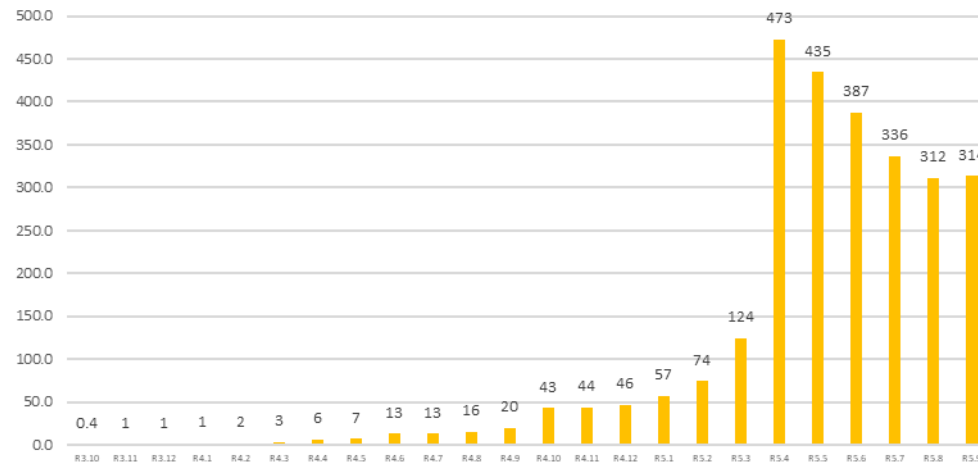
オンライン資格確認の利用状況②

■ 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

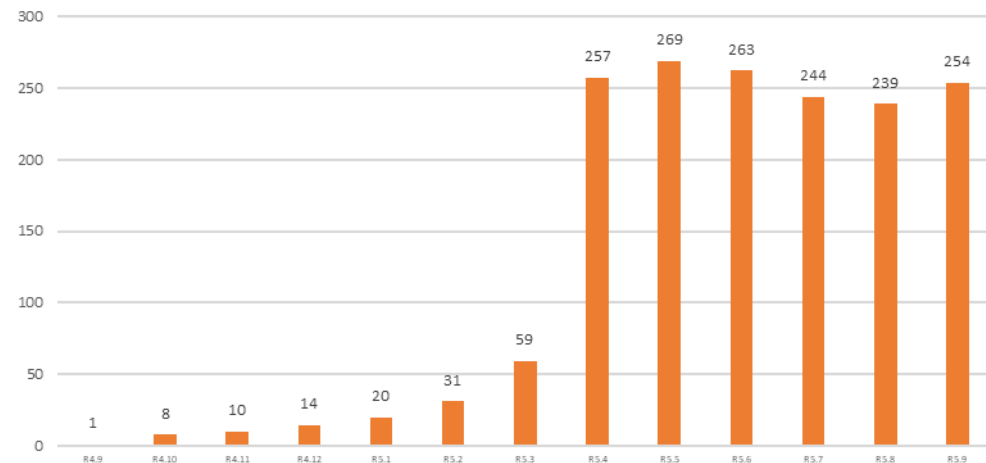
特定健診等情報閲覧の利用件数（万件）



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）



【9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	196,762	232,757	246,107
医科診療所	991,659	2,084,005	1,786,901
歯科診療所	169,927	272,235	49,412
薬局	452,877	547,114	456,172
総計	1,811,225	3,136,111	2,538,592

「マイナ保険証、1度使ってみませんか」キャンペーンの実施状況について

- より良い医療の提供のため、マイナ保険証の利用促進が重要であり、厚生労働省とデジタル庁が連携し、「マイナ保険証、1度使ってみませんか」を軸に様々な取組を実施。

医療機関等を通じたアプローチ

- (1) マイナ保険証利用の好事例の厚生労働大臣視察とPR (厚労省)
 - ・ 慈恵医大病院 (8/31)、日本調剤 (9/6)、井上眼科 (10/19)
- (2) 厚生労働大臣等と関係団体の意見交換、団体の取組促進 (厚労省)
 - ・ ①日医・日歯・日薬・四病協 (9/8)、②薬剤師・薬局関係団体 (9/13)
- (3) 公的病院・公立病院に対するマイナ保険証利用促進の要請 (厚労省)
 - ・ 関係省庁を通じて、ポスター等での周知、好事例を参考とした事務の工夫を要請
- (4) 厚生労働大臣等出席の意見交換会の開催 (厚労省・医療関係団体等・保険者団体等が参加) (厚労省)
 - ・ 医療関係団体と厚労省で連名のポスター等を作成、意見交換会で公表 (10/5)
- (5) 医療機関向けマイナ保険証活用セミナー (YouTube等動画配信) (厚労省)
 - ・ 医療機関等の好事例、システムトラブル時の対応ノウハウの配信 (10/10)

被保険者の皆様へのアプローチ


- (1) マイナ保険証・カードリーダーのデモ体験の実施、使い方動画・チラシの作成 (デジタル庁)
 - ・ 市町村役場、鉄道駅、イベント会場等でデモ体験会を開催(8月～随時)
 - ・ 使い方動画・チラシを作成し、HPやSNS(デジタル庁公式X、note)で情報発信。上記体験会でも活用。
- (2) 国共済・地共済等でのマイナ保険証利用促進の要請 (厚労省)
 - ・ 関係省庁を通じて、組合員等への積極的な広報を要請
- (3) 厚生労働大臣等出席の意見交換会の開催 (厚労省・医療関係団体等・保険者団体等が参加) (厚労省) **【再掲】**
- (4) 保険者によるチラシ、メール等を活用した加入者へのマイナ保険証利用勧奨 (厚労省)
- (5) 政府広報を通じた周知 (厚労省)
 - ・ 政府広報としてインターネットバナー広告

「マイナ保険証、1度使ってみませんか」キャンペーン ポスター

- 厚生労働省と医療関係団体で連名のポスターを作成、各医療機関でマイナ保険証利用を周知。
- 健康保険組合連合会にてチラシを作成、加入者へのマイナ保険証利用を勧奨。

**ぜひ、一度使ってみませんか？
マイナンバーカードの保険証利用**

マイナンバーカードの保険証利用には
さまざまなメリットがあります！



Point! 薬剤情報等の提供に**同意**をすると、
データに基づく適切な医療が受けられる！
さらに…健康保険証で受診した場合と比べて、
初診時等の窓口負担が低くなる！

Point! 限度額適用認定証等がなくても、
**手続きなしで高額療養費の限度額を超える
支払いが免除！**

詳しくは厚生労働省Webサイトでご確認ください。
詳しくは **マイナンバーカード 保険証利用**

厚生労働省 日本医師会

**受診の際は
マイナンバーカードを**

マイナ保険証を
使ってみませんか



マイナンバーカードの保険証利用で
いつでもどこでもより良い医療を継続的に

Point! 服薬情報等のデータに基づいた
安心・安全で質の高い歯科医療が受けられます！

詳しくは厚生労働省Webサイトでご確認ください。
詳しくは **マイナンバーカード 保険証利用**

厚生労働省 日本歯科医師会

**マイナ保険証
まず、1度使ってみませんか？**

マイナンバーカードを
健康保険証として使ってもらって
さまざまなメリットがあります！



Point! 薬剤情報や特定健診情報等の提供に**同意**をすると、
データを活用したより良い医療が受けられる！
薬局には、**マイナ保険証・お薬手帳・処方箋**をセットでご持参ください！

Point! 限度額適用認定証等がなくても、
**手続きなしで高額療養費の限度額を超える
支払いが免除！**

詳しくは厚生労働省Webサイトでご確認ください。
詳しくは **マイナンバーカード 保険証利用**

厚生労働省 日本薬剤師会 JACDS

**マイナ保険証を
一度使ってみませんか？**

マイナンバーカードで受診するメリット

- 安心** よりよい医療が受けられる！
- 便利** 各種手続きも便利・簡単に！

マイナンバーカードで受診するための準備

- マイナンバーカードをお持ちでない方は、まずはマイナンバーカードを取得
- マイナンバーカードをお持ちの方は保険証利用の申込み

医療機関で

スマホから	マイナポータル	セブン銀行ATMで
<ul style="list-style-type: none"> STEP1 「マイナポータル」を起動する。 STEP2 「申し込み」をクリックする。 STEP3 利用履歴を確認する。 STEP4 マイナンバーカードを読み取る。 	<ul style="list-style-type: none"> マイナポータルで医療費通知情報を入力でき、医療費控除の確定申告が簡単にできます。 医療費が高額な場合に申請する「限度額適用認定証」が不要になります。 就業や転居後の保険証の切り替え・更新が不要。 新しい保険証による登録手続きが不要です。 高齢受給者証の持参も必要なくなります。 	<ul style="list-style-type: none"> 必要なものはマイナンバーカードのみ！ マイナンバーカードの登録履歴を確認する。 利用履歴を確認する。

健康保険組合連合会

健康保険組合連合会

厚生労働省

+ 日本医師会

厚生労働省

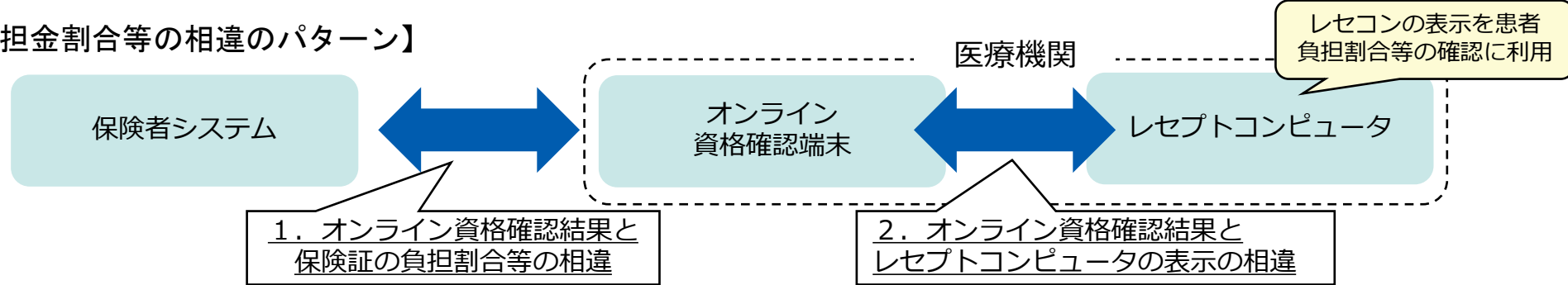
+ 日本歯科医師会

厚生労働省

+ 日本薬剤師会
+ 日本保険薬局協会
+ 日本チェーンチェーン
ドラッグストア協会

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

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

第 168 回社会保障審議会医療保険部会（令和 5 年 9 月 29 日）

各委員の発言要旨（「令和 6 年度診療報酬改定の基本方針について」関係）

<全体について>

- ・ 物価高騰や人材確保の必要性、新興感染症への対応、医療 DX の推進など、近年の社会情勢を踏まえ、必要な認識及び視点が盛り込まれていると考える。
- ・ 基本的認識、基本的視点に書かれている部分に関しては、いずれも適当な内容だと考えている。
- ・ 基本認識の並びと基本的視点の並びで若干違っている点は、やや違和感を感じる。

<改定に当たっての基本認識>

（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）

- ・ 基本認識の最初に例示とはいえ物価高騰・賃金上昇というのが示されていることについては大変大きな違和感がある。
- ・ 現在の物価上昇・賃金上昇は避けて通れないところであり、令和 6 年診療報酬改定においてはそれを十分反映させるものであってほしい。
- ・ 物価高騰・賃金上昇等が前面に出ているが、診療報酬で対応すること、交付金等で対応することの役割分担や効果を検証、整理する必要がある。また、患者負担、保険料負担への影響の点を十分認識して議論していく必要がある。
- ・ 例を見ない物価高騰と賃金上昇、人材確保については、ぜひ取り組んでいただきたい。
- ・ 現状では物価高騰・賃金上昇等についての対応というのが一番に来て当然だと思う。人材確保について実際に起きていることは、看護補助者やコメディカルが資格を捨てても他の企業に移ってしまう。それは、それだけ大きな賃金格差があるからである。

（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）

- ・ 地域医療確保をどうするかは大きなテーマであり、医師確保や医療機関の運営の適正化ということをどこかで配慮いただきたい。
- ・ トリプル改定の対応、新興感染症への対応については賛同する。

(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)

- ・ 医療 DX 等については賛同する。

(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)

- ・ 医療保険制度の持続可能性について極めて強い危機感を持っている。医療機能の分化・強化連携や医療の効率化・適正化を最大限に推進するというのは極めて重要である。

(その他)

- ・ 健康寿命の延伸に向けた取組、国民のヘルスリテラシーの向上やセルフメディケーションの推進というのは不可欠。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を今回もぜひ柱の一つにすべきである。
- ・ 保険料負担の在り方、所得の大きい人たちからどう負担を求めていくのかということをも真剣に考えるべき。

<改定の基本的視点と具体的方向性>

(全体について)

- ・ 基本的視点及び具体的方向性について、必要な内容がおおむね網羅されていると考える。

(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)

- ・ 中長期的観点から医療と介護の連携を強化する方向づけが重要となる。新興感染症なども考慮しつつ、あらゆる設置主体の医療機関の参画によって、地域医療構想の再検討とともに、社会インフラとしての日本全体の医療提供体制の改革につながる報酬改定を

検討していく必要がある。

- ・ 今後の感染症対策の強化には、医療計画にも示されているような地域における薬局や医療機関をはじめとした関係機関との連携体制を充実させていく必要がある。
- ・ 今後、継続的に医療 DX への体制を確保、進化させていくに当たっては、整備している状況に応じた施設の維持管理費用等を捻出していく必要が生じている。
- ・ リハ、口腔、栄養の一体的推進や新興感染症に対応できる医療提供体制の構築、かかりつけ歯科医機能の評価は、このとおり進めていただきたい。
- ・ 専門性の高い看護師の活用、在宅医療・訪問看護の確保が重要。もう少し具体を記していただきたい。

(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)

- ・ 現状人手不足の中で、医療の従事者のみの待遇が改善できないということになると、医療には人手が集まらない、他の産業に抜けていくということが実際に起きている。診療報酬改定に当たっては、従業員の賃金をしっかりと確保する必要がある。
- ・ 医師をサポートするクラークの体制といったことも含めて配慮をしていくことが、ひいては地域に関する医療の充実にもつながっていく。
- ・ 人材確保のため、看護職員を含めた医療従事者全体の賃金、労働環境の改善につながる報酬改定にしていただくことが必要である。
- ・ 制度の持続可能性の確保の観点からは、制度を支える人材確保が大変重要であり、医療従事者の働きに見合った処遇改善が必要である。
- ・ 物価高騰・賃金上昇を踏まえた人材確保、働き方改革を実行するための環境整備という部分が重要な視点だと思う。
- ・ 歯科専門職も含めて医療従事者の人材確保や賃上げに向けた取組を検討すべき。
- ・ 働き方改革の影響も踏まえて検討を進めるべき。
- ・ タスク・シフト／シェアの推進が重要であり、もう少し具体を記していただきたい。

(安心・安全で質の高い医療の推進)

- ・ 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

の推進は、このとおり進めていただきたい。

- ・ 歯科医療現場では、歯科材料費や機材の高騰にも頭を悩まされているところであり、良質な歯科医療を提供するため、材料費等の物価高騰への対応が必要である。
- ・ 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については、感染症対策による地域連携だけでなく、在宅におけるチーム医療の部分、そして、地域住民・患者に対する相談応需体制の部分も踏まえた地域の医薬品提供体制を整備する必要がある。
- ・ 地方などの規模が大きい薬局は、コロナで経営に影響が生じているところもあり、配慮が必要。一方で、敷地内薬局については、効率性に応じた適正な評価が必要である。

(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)

- ・ 例示として薬のことばかり書かれており、ややバランスを欠く。効率化・適正化は、薬の分野に限らず、あらゆる分野で必要。前回の基本方針でも医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価や外来医療の機能分化等が盛り込まれていたもので、こうした視点もぜひ盛り込むべき。
- ・ 後発医薬品、バイオ後続品の使用促進を盛り込むのであれば、医薬品全体としての供給問題への対処も含めた後発医薬品、バイオ後続品の推進策を総合的にパッケージとして展開する必要がある。

(その他)

- ・ 重症化予防の重要性、外来における療養指導の重要性をもう少し打ち出していただくとよいのではないかと考える。

第 102 回 社会保障審議会 医療部会 (令和 5 年 9 月 29 日)

各委員の発言要旨 (「令和 6 年度診療報酬改定の基本方針について」関係)

<全体について>

- ・ 「基本認識」及び「基本的視点」の例については、近年の社会情勢を踏まえ、必要な認識及び視点が盛り込まれていると考えている。
- ・ 今回お示しいただいた「基本認識」と「基本的視点」は、現在課題となっている部分というものはおおむね網羅されているのではないかと。
- ・ 「基本的認識」「基本的視点」の例示に記載されている薬剤師、薬局についての内容、方向性はいずれも適切と考える。
- ・ 「基本認識」の一番上に物価高騰・賃金上昇があつて、「基本的視点」の方はそれが薄くなっているというところはいかかなものかと思う。

<改定に当たっての基本認識>

(全体について)

- ・ 基本認識は、あまり足元のことだけではなく、中期的な立場に立ってこれを検討するのが大切なのではないかと思う。

(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)

- ・ 物価高騰、賃金上昇関係のことを一丁目一番地に書いていただいたことは非常にありがたい。
- ・ 物価高騰・賃金上昇、人材確保等々で、大幅な診療報酬の引上げをしていただかないといけない。
- ・ 例を見ない物価高騰と賃金上昇、人材確保については、ぜひ取り組んでいただきたい。
- ・ 患者負担、保険料負担への影響を抑えるということが、改定の前提だと考えている。
- ・ 賃上げをしたところで社会保険料負担が上がってしまうと手取りが少なくなつて将来

不安を持って消費に回らないということもあるので、社会保険料負担の増大には十分に配慮していただきたい。

- ・ 処遇改善については、しっかりした生産性の向上や経営の合理化があるのかどうかということを前回の改定でも議論したところなので、その配分の検証というのを十分透明性のある形で行うことが前提となる。診療報酬で対応すべきことなのか、国が予算を確保して交付金や補助金で対応すべきなのかということについて整理が必要である。
- ・ 人材確保のためには、医療従事者等の働きに見合った処遇改善が欠かせない。持続可能な社会保障制度の構築に向けて、患者本位の良質な医療の確保を大前提とし、看護職員を含めた医療従事者全体の賃金、労働条件の改善につながる報酬改定としていくことが重要。医師や医療従事者の働き方改革を進め、人材確保を行うためにも、診療報酬上でメリハリある対応を求める。
- ・ 医療従事者の賃金も上昇しつつあり、診療報酬による対応が必要である。
- ・ 基本認識の例の1番目に物価高騰・賃金上昇などと書いているが、これはとても重要で、特に人材確保というところは今だけの話ではなくて長期的な10年、20年を考えた視点でしっかりと対応すべき。
- ・ 全産業で今、人材不足というのがこれからますます加速化するということが分かっている中、医療業界で働き手がいなくなってしまう医療を受けたくても受けられないということが起きかねない。現場の現状を踏まえて、医療従事者に対して適切な報酬が払える価格設定にしていただきたい。
- ・ 物価高騰については一時的なものにとどまらない状況となっており、収入の大部分を診療報酬で賄う医療機関に大きな影響が出ている。

(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)

- ・ 全世代型社会保障の実現ということを中心に据えた議論が必要だと思う。
- ・ ポスト 2025 年のあるべき医療・介護の提供体制を見据え、中長期的観点から医療と介護の連携を強化する方向づけが重要。新興感染症等を考慮しつつ、外来を含め、あらゆる設置主体の医療機関の参画による地域医療構想の再検討とともに、社会インフラと

しての日本全体の医療提供体制の改革につながる報酬改定を検討していく必要がある。

- ・ 今回は6年に1回の3報酬同時改定なので、医療・介護、障害福祉サービスの連携強化をしっかりと打ち出していきたい。
- ・ 新興感染症への対応については賛同する。
- ・ 新興感染症への対応について必要な医療体制を確保していくためにも、感染対策やコロナ患者の対応にかかる経費などについてしっかり評価し、診療報酬で対応することが重要である。

(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)

- ・ 医療DXのことが書かれているが、これは病院間の情報共有、介護の連携などで非常に重要である。
- ・ 医療DX等については賛同する。
- ・ 医療DXの推進により目指すところである医療情報の有効活用や医療機関等の連携、これによって地域医療連携が円滑化されて個々の医療機関等の負担が軽減することが期待されるということや、医療DXにより何より国民患者の皆さんへの安心・安全で質の高い医療提供が今以上に可能になるということが期待されるというような趣旨の記載の明記を検討いただきたい。
- ・ 医療DXの推進について、各システムの導入や更新等にかかるコストは非常に高額であり、診療報酬での対応が必要である。

(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)

- ・ 「『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」と記載されているが、診療報酬改定の基本方針は決して経済的な側面のみでは図れないので、「『経済財政運営と改革の基本方針 2023』を踏まえた対応を検討する」と修正を検討いただきたい。
- ・ これまで物価賃金がそれほど伸びない中で、診療報酬本体はプラス改定が続いている。令和7年度には団塊の世代が全て75歳以上になって、今後ますます医療費が増加する一方で、支え手の生産年齢人口が急速に減少していくということが確実である。こうした過去の経緯と今後の見通しを踏まえて、社会保障制度の安定性、持続可能性を確保す

ることが非常に重要だと考えている。

(その他)

- ・ 国や都道府県がインフラ整備として医療・介護全体を見るような DX について取り組んでいただきたい。
- ・ 電子カルテ等は全ての病院に国が無償で配らなければ、医療 DX という政策は完結しないと思う。

<改定の基本的視点と具体的方向性>

(全体について)

- ・ 基本的視点及び具体的方向性について、必要な内容がおおむね網羅されていると考える。
- ・ 物価高騰、賃金上昇関係のことを「基本的視点」と「具体的方向性」の中でも一丁目一番地という位置づけにしていきたい。
- ・ 今回の改定は、従来の改定に加えて物価高騰や賃金上昇というものをどうやって診療報酬で対応していくのかということを加味するという改定になる。「基本的視点」と「具体的方向性」でも、この物価高騰・賃金上昇が診療報酬改定に確実につながるような整理というものをすべきである。
- ・ 制度を支える人材確保のためには医療従事者等の働きに見合った処遇改善が欠かせない。「具体的方向性」では、こうした点にも触れていただきたい。
- ・ かかりつけ医機能の強化、地域医療構想に基づく病床再編の加速、適切な薬剤選択を通じた医療の効率化・適正化、これを一体的に推進すべきということを強く主張したい。

(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)

- ・ なるべく地域に戻す体制をきちんとつくるということで、急性期病院から緊急で入院された方を受け取る病院に対して配慮するとともに、急性期を脱した後の受け皿をきちんと整備するということを考慮いただきたい。

- ・ リハ、口腔、栄養の一体的推進やかかりつけ歯科医機能の評価は、このとおり進めていただきたい。
- ・ 医療・介護の連携では、福祉サイドと医療サイドの情報共有が進められてきたが、まだまだ十分ではないと承知をしているので、医療 DX の観点も含めて対応が必要である。
- ・ 障害福祉サービスと医療の連携の部分について、具体的方向性の中で文言としてしっかり明記をしていただきたい。
- ・ 今回の改定に当たっては、第 8 次医療計画や予防計画との整合性が重要だと考える。24 時間対応も含め、多職種と連携した在宅医療の提供に係る評価や新興感染症対応への評価が必要。さらには、情報連携を活用した薬学管理指導など、医療の質の向上を目的とした医療 DX に係る支援が必要である。
- ・ 地域医療構想は、あくまでも不足する病床機能を確保していくものであり、この基本方針も極端な病床転換への誘導となるものではなく、趣旨に沿ったものであるよう記載していただきたい。
- ・ かかりつけ医機能というのは医療機関の機能であって、医師だけではなく看護師等の医療従事者によって担われるものである。
- ・ かかりつけ医機能とかかりつけ医の機能というのは全く別物である。
- ・ (先に議題となった) かかりつけ医機能の議論の進め方との関係をどのように整理すればいいのか。

(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)

- ・ 医療関係職種は全産業平均よりも給与がかなり低く、病院の看護助手が他の職場に引き抜かれてしまっている。今回の診療報酬改定で、看護助手を含めた抜本的な給与の改善をしなければいけない。
- ・ 働き方改革でタスクシェア、タスクシフトということが盛んに言われているが、チーム医療ということで多職種への評価ということが非常に重要になってくる。
- ・ 若手医師の処遇改善と派遣の継続と充実ということを、この診療報酬改定の中できちんと位置づけていただきたい。
- ・ 医療従事者の人材確保及び賃上げに向けた取組について、歯科のコメディカルである

歯科衛生士、歯科技工士へのきめ細かな対応ができるようにすべき。特に、歯科衛生士の確保は喫緊の課題である。

- ・ 専門性の高い看護師の活用、在宅医療・訪問看護の確保が重要。具体的にしっかりと記載していただきたい。
- ・ 人材確保、そしてジェンダーギャップの解消という2点から、医療職の待遇改善を着実に図ること、そのための原資である診療報酬における適切な対応は欠かせない。また、待遇改善を狙って設けたはずの仕組みが現場に還元されているか、その効果についてもきちんとモニタリングすることが大切だと思う。

(安心・安全で質の高い医療の推進)

- ・ 物価の高騰の中で診療材料が非常に高騰しているということもぜひ考慮していただきたい。
- ・ 入院時食事療養費が30年近く上がっていない。財源論に立ち返って対応を考えてほしい。
- ・ 材料費等の物価高騰への対応がないと良質な医療の提供ができない。
- ・ 発達障害をはじめ周囲とのコミュニケーションに課題のある子供さんたちの支援が小児医療の中で課題となっている。
- ・ 口腔疾患の重症化予防、口腔機能低下の対応の充実、生活の質に配慮した歯科医療の推進は、このとおり進めていただきたい
- ・ 病院薬剤師に対するきちんとした評価をすることが重要。
- ・ 必要な薬がきちんと手に入るような体制をつくっていただきたい。
- ・ かかりつけ薬剤師の機能の強化やそれに応じた適切な評価というのは大変重要である。
- ・ いわゆる敷地内薬局については地域包括ケアシステムで重要となる連携の推進、かかりつけ医機能の発揮や医薬分業の本旨に反するものであると言わざるを得ず、さらなる適正化が必要である。
- ・ 全国の薬局や医療機関において医薬品の安定供給に支障をきたし、長期化しているが、中長期的な目標のみではなく、今、医薬品の供給不安から医療が崩壊する危機を解決するためにも、短期的な目標や対策を打ち出すべきではないか。

(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)

- ・ 効率化・適正化というのは薬価に限らず、入院、外来、調剤、歯科、あらゆる分野で行うべきものであり、薬に非常に特化したような表現というのは違和感がある。全体を通じて効率化・適正化を実現していただきたい。

(その他)

- ・ かかりつけ薬剤師について、患者が主体的に選ぶ方向性を話し合っていたいただきたい。
- ・ 重症化予防の重要性や外来における療養指導の重要性を打ち出していたいただきたい。
- ・ 学校の看護師と訪問看護師の連携の強化について診療報酬上の評価があってもいいのではないか。
- ・ 診療報酬に基本指針がどういうふうに関係していくかということが、残念ながらあまり具体的に示されていない。具体的なことを誰もが分かるようにして、誰もが納得できるような対応ができるよう進めていただきたい。

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

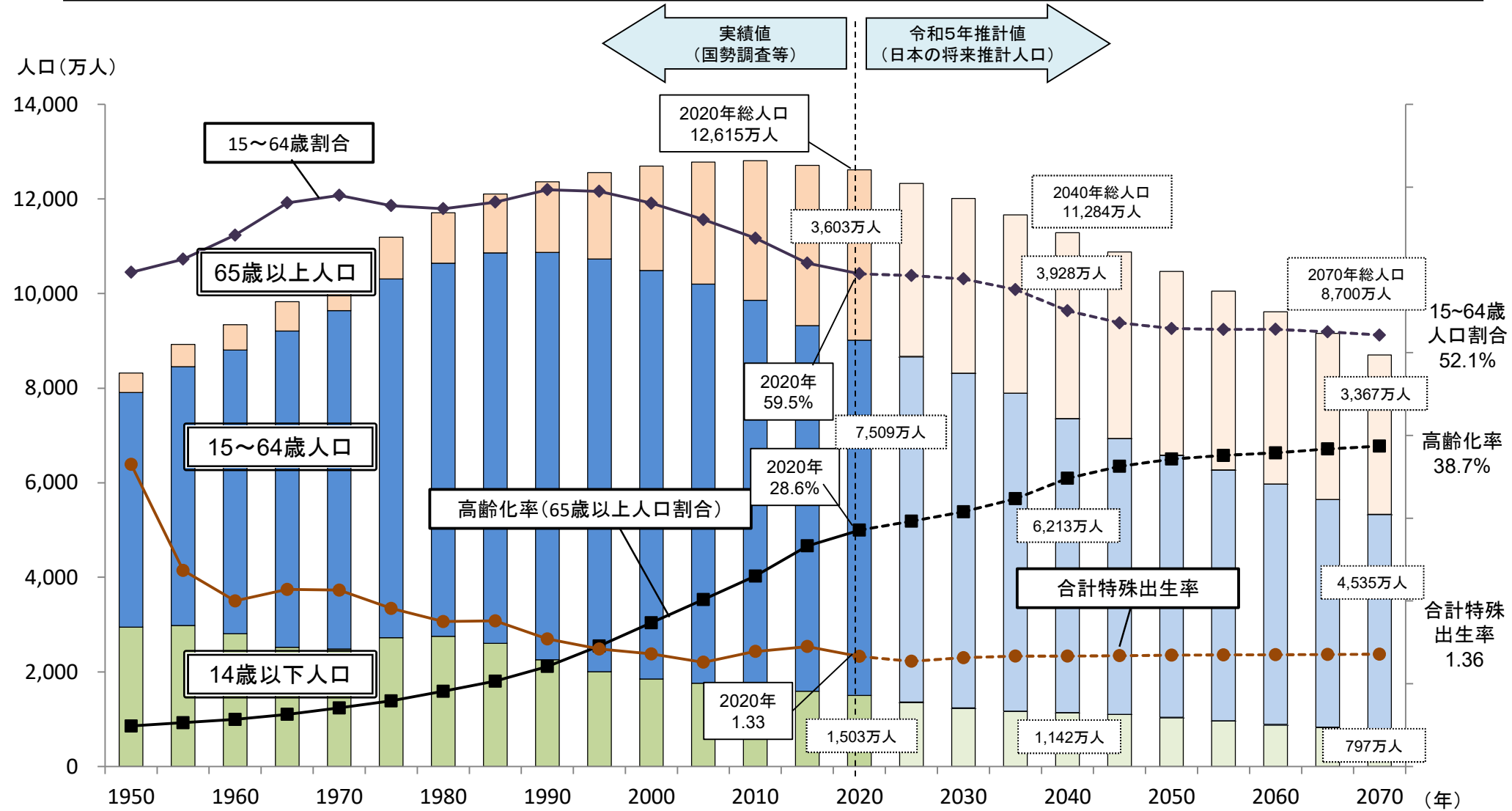
医療を取り巻く状況	・ ・ ・ ・ ・	P 2
令和 4 年度診療報酬改定まで	・ ・	P 1 6
関係閣議決定等	・ ・ ・ ・ ・	P 2 9

医療を取り巻く状況



日本の人口の推移

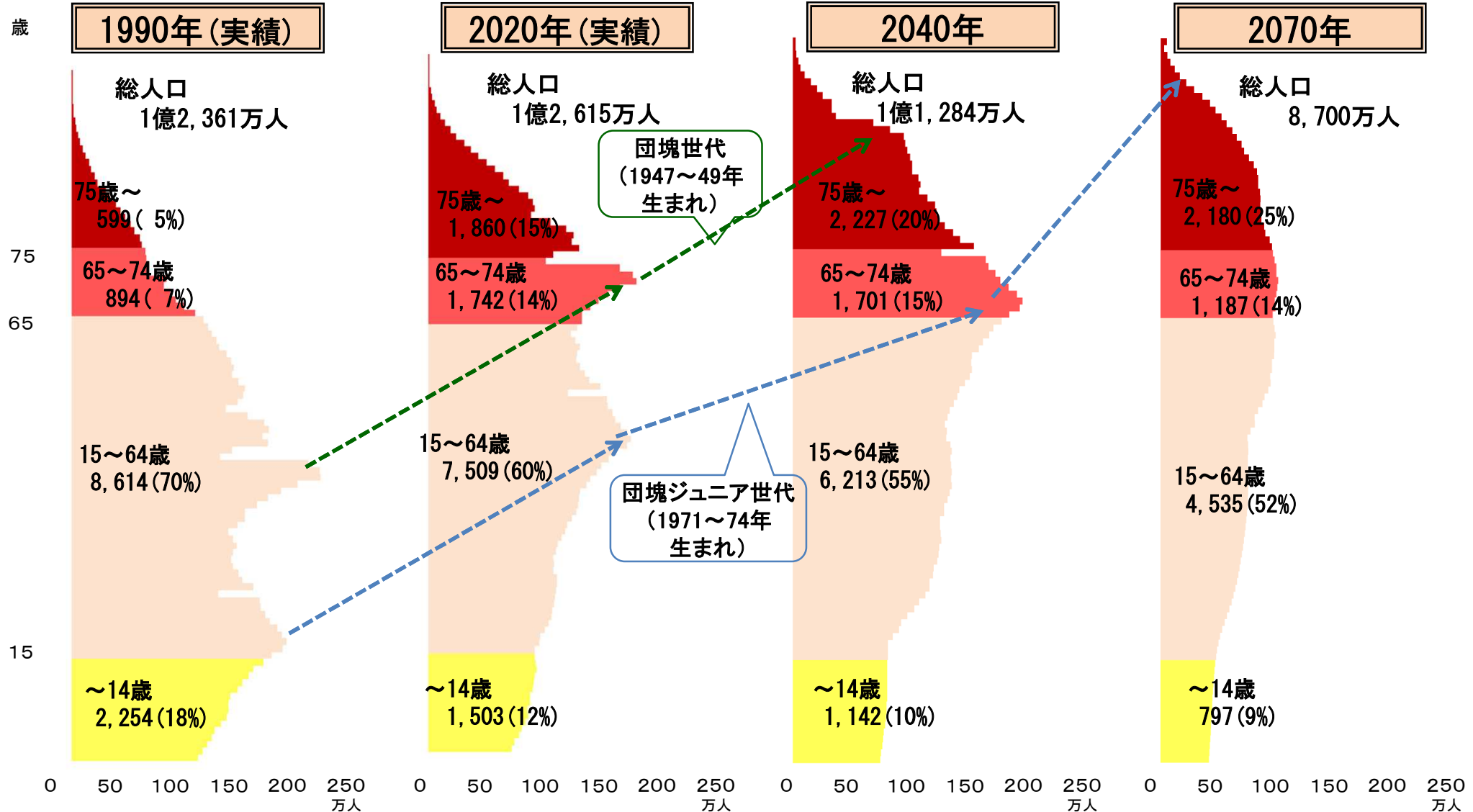
○ 日本の人口は近年減少局面を迎えている。2070年には総人口が9,000万人を割り込み、高齢化率は39%の水準になると推計されている。



(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

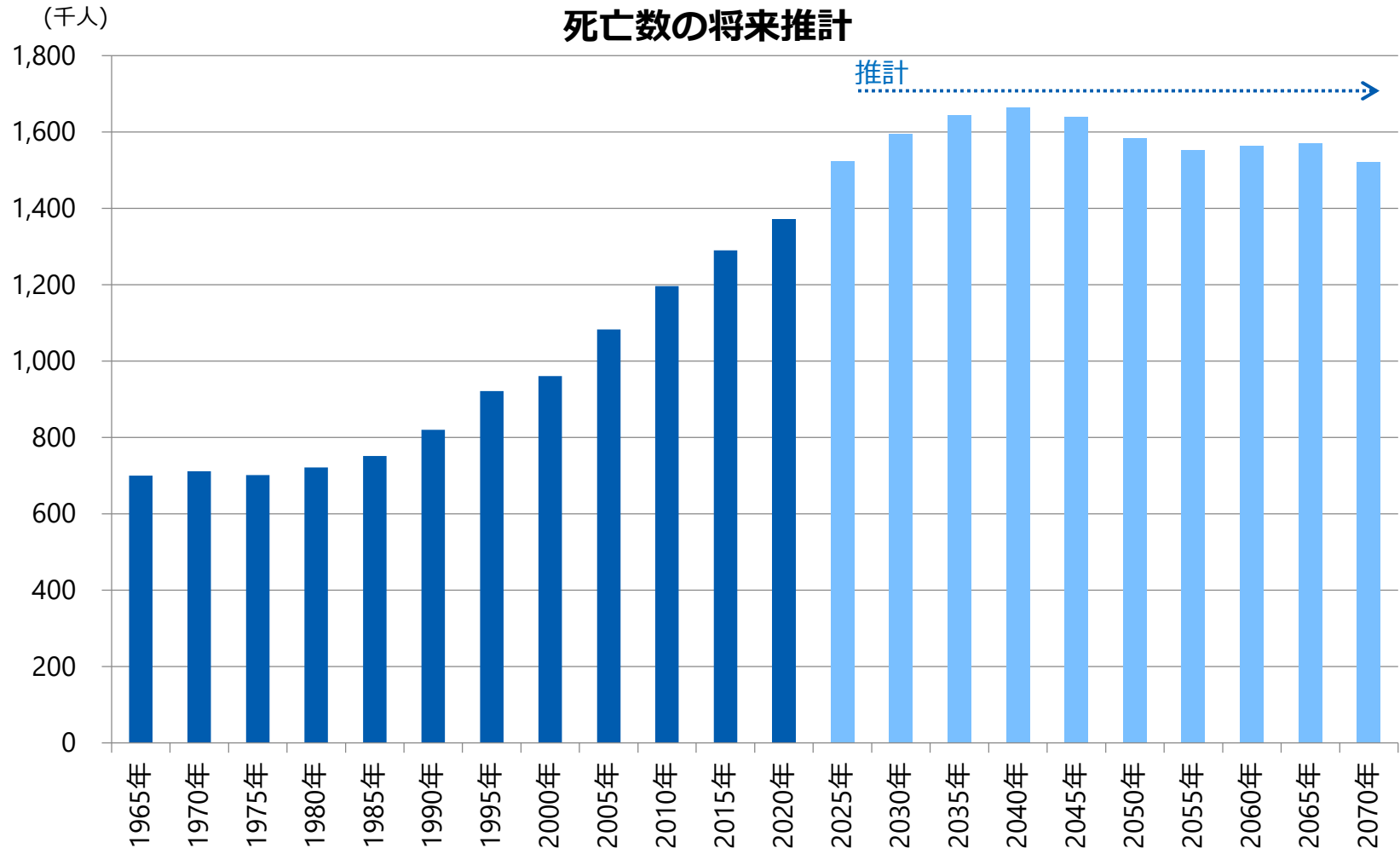
○団塊のジュニア世代が65歳となる2040年には、65歳以上が全人口の35%となる。
 ○2070年には、人口は8,700万人にまで減少するが、一方で、65歳以上は全人口の約39%となる。



(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です。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。

	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	(兆円、%)
概算医療費	42.2	42.6	43.6	42.2	44.2	<u>46.0</u>	令和4年度 対元年度比 5.5 ▲3.6 9.4
対前年増減額	0.9	0.3	1.0	▲1.3	2.0	<u>1.8</u>	
伸び率 (①)	2.3	0.8	2.4	▲3.1	4.6	<u>4.0</u>	
(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	<u>2.0</u>	
1日当たり医療費	2.4	1.3	3.2	5.9	1.3	<u>2.0</u>	<u>9.4</u>
人口増の影響 (②)	▲0.2	▲0.2	▲0.2	▲0.3	▲0.5	▲0.4	
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。

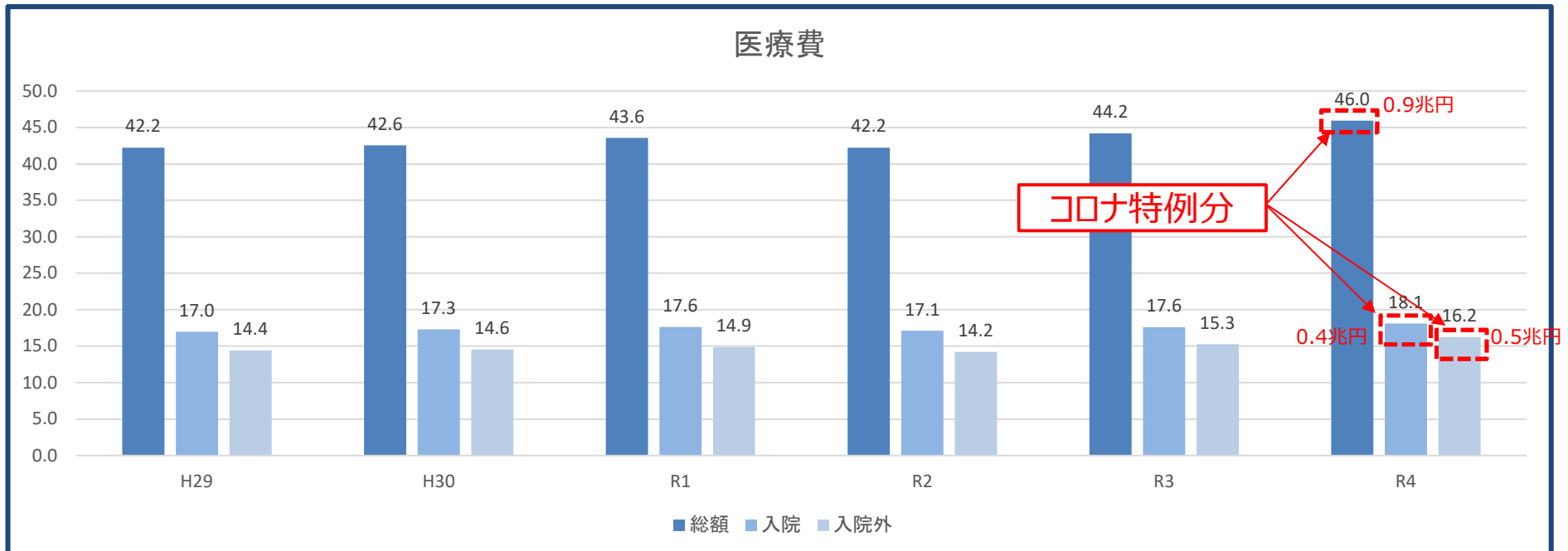
令和4年度概算医療費における新型コロナの診療報酬上の特例の影響について

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

※ 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。

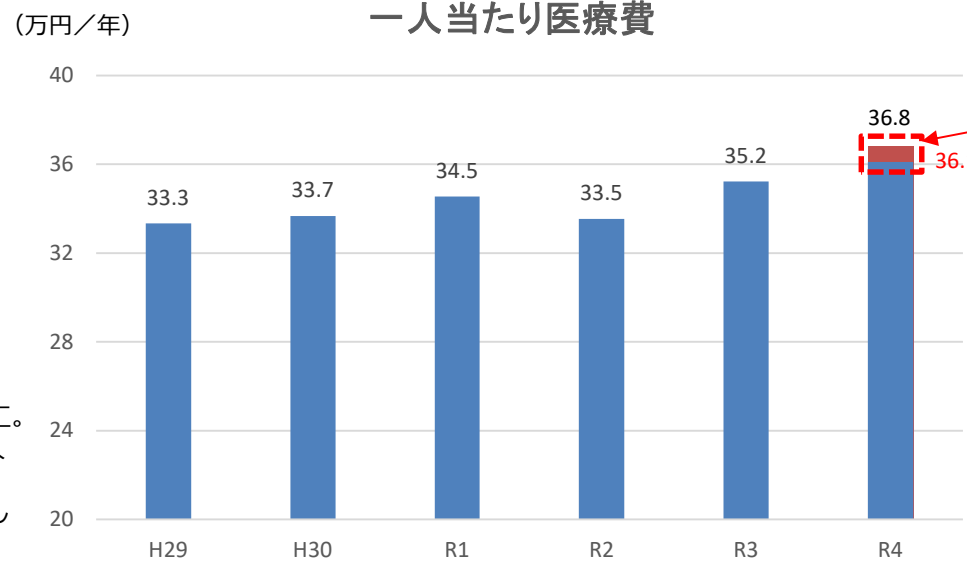
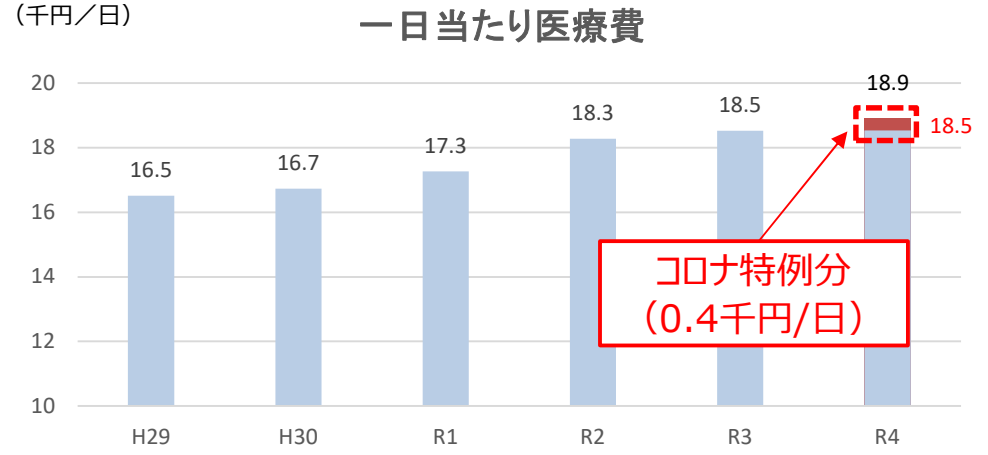
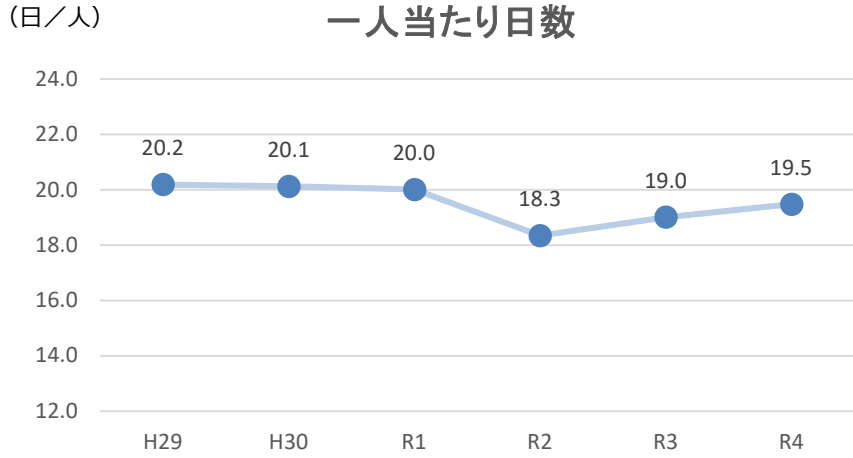
※ 特例分は、新型コロナの診療報酬上の特例措置による増額分を、医科・歯科・調剤NDBデータについて合計したもの。

※ 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。



令和4年度医療費等について（総額）

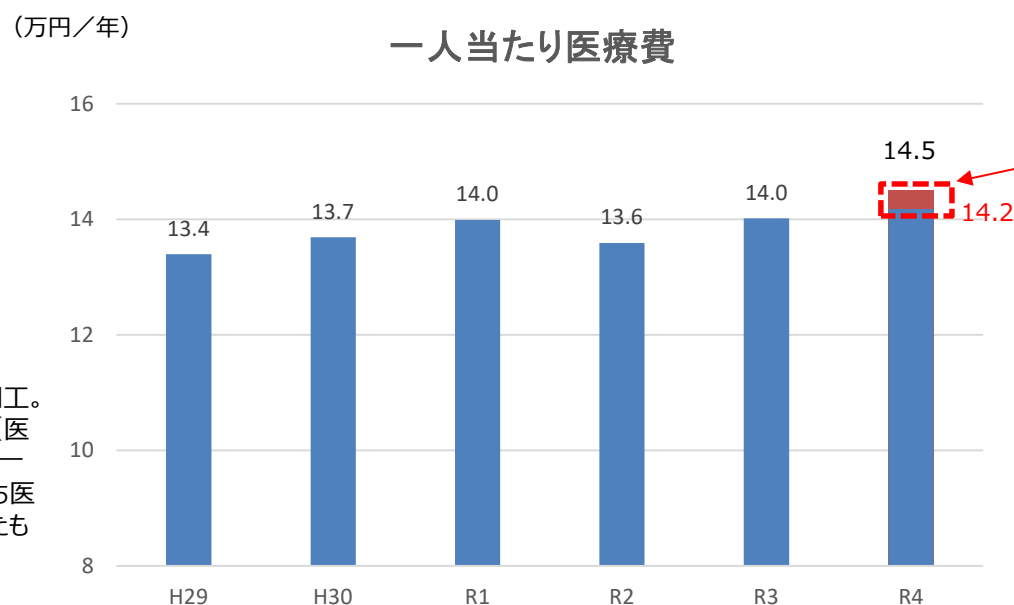
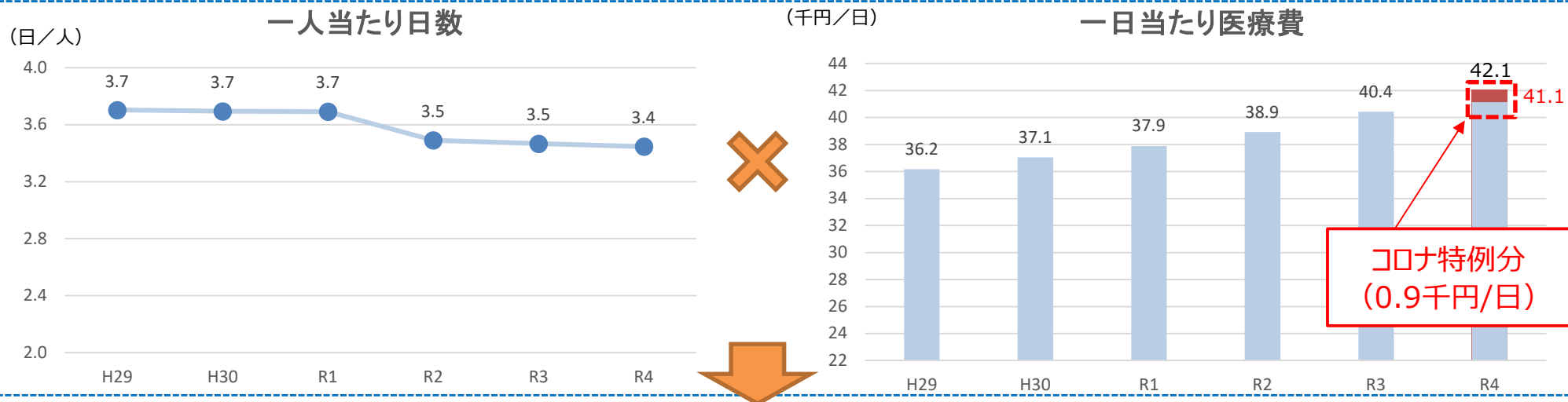
- 令和4年度の一人当たり医療費（総額）には、コロナ特例分0.7万円が含まれている。
- 対令和元年度比の令和4年度の一人当たり医療費は、34.5万円 → 36.8万円（+6.5%（1年当たり+2.1%））であるが、コロナ特例分を除くと34.5万円 → 36.1万円（+4.5%（1年当たり+1.5%））となる。



(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）

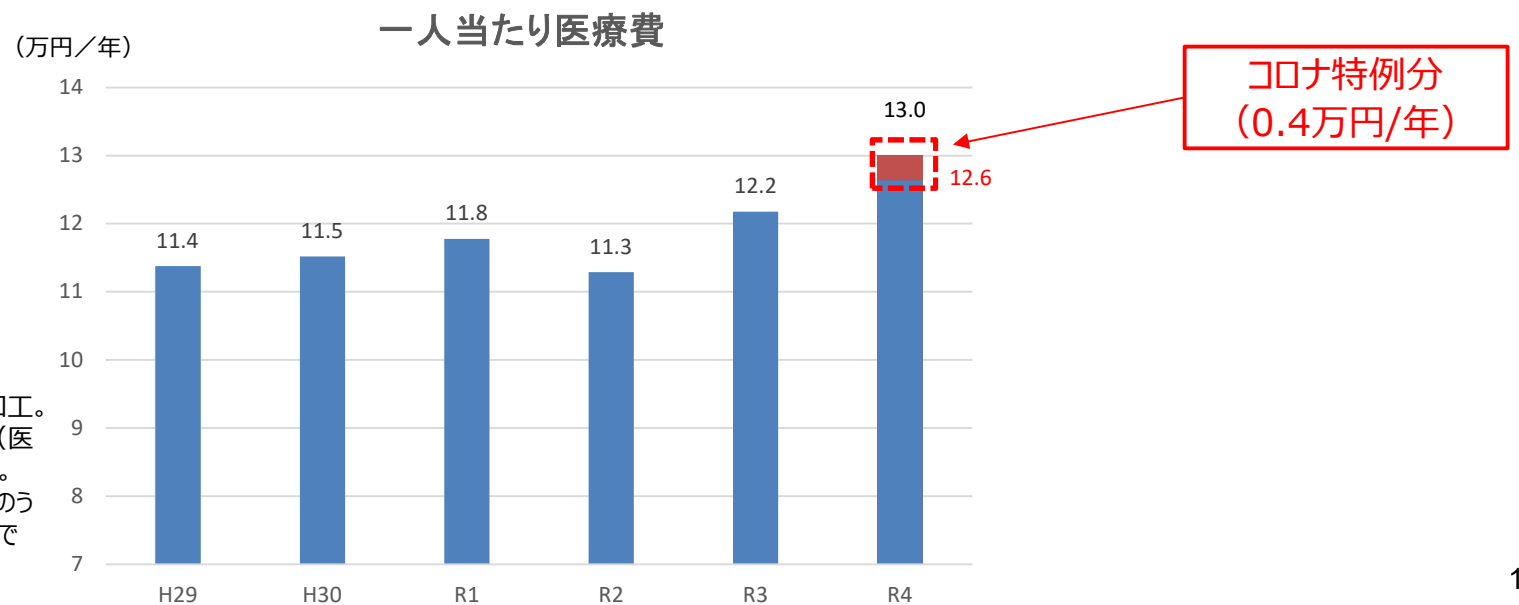
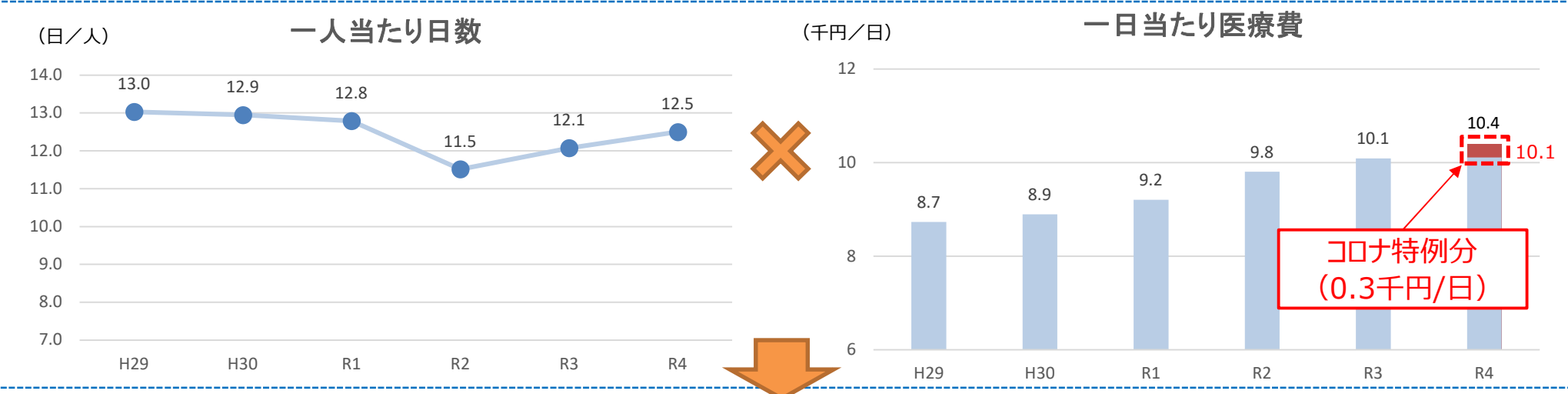
- 令和4年度の一人当たり医療費（入院）には、コロナ特例分0.3万円が含まれている。
- 対令和元年度比の令和4年度の一人当たり医療費は、14.0万円 → 14.5万円（+3.6%（1年当たり+1.2%））であるが、コロナ特例分を除くと14.0万円 → 14.2万円（+1.4%（1年当たり+0.4%））となる。



(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)

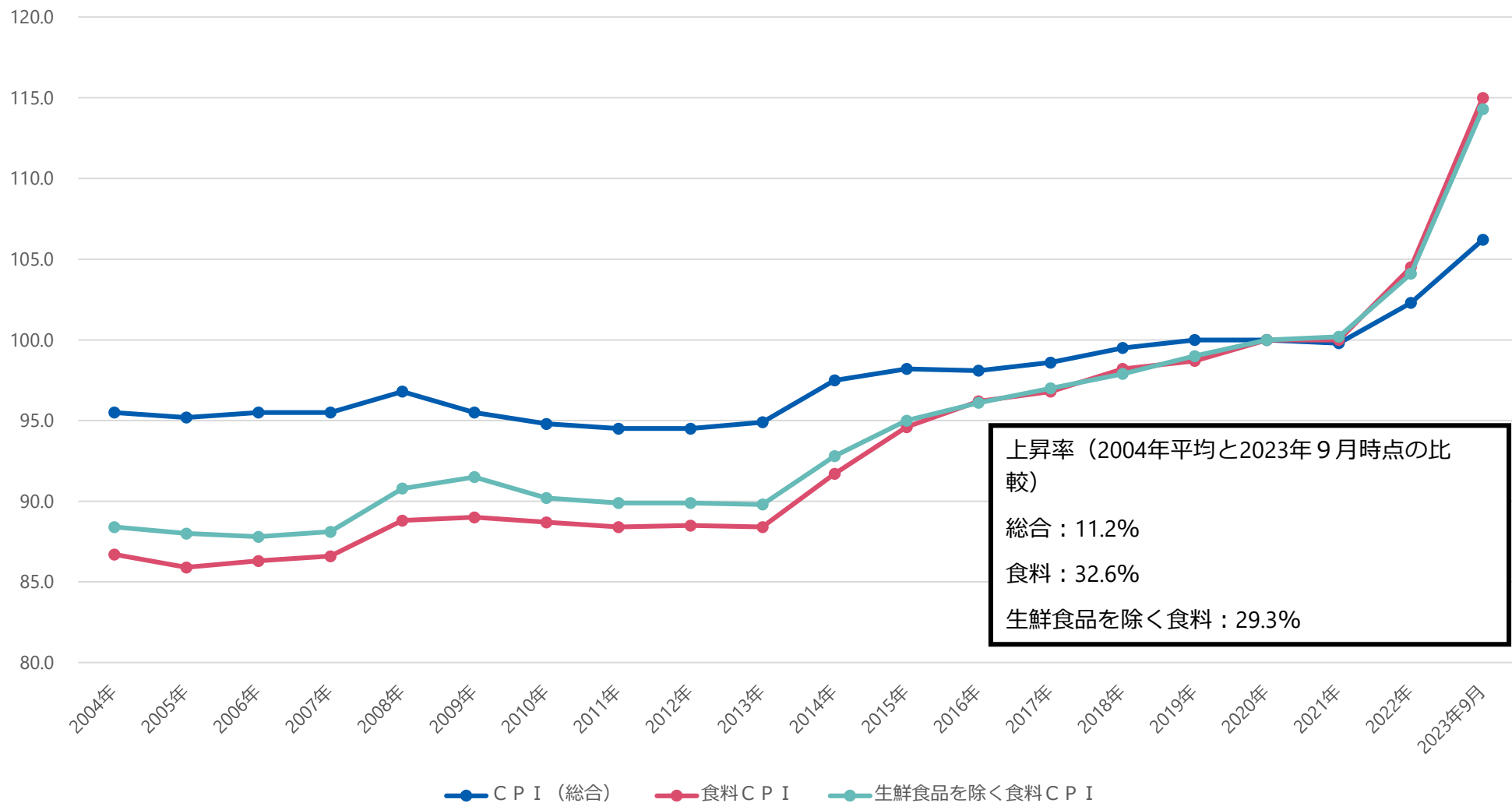
- 令和4年度の一人当たり医療費 (入院外) には、コロナ特例分0.4万円が含まれている。
- 対令和元年度比の令和4年度の一人当たり医療費は、11.8万円 → 13.0万円 (+10.4% (1年当たり+3.4%)) であるが、コロナ特例分を除くと11.8万円 → 12.6万円 (+7.3% (1年当たり+2.4%)) となる。



(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。

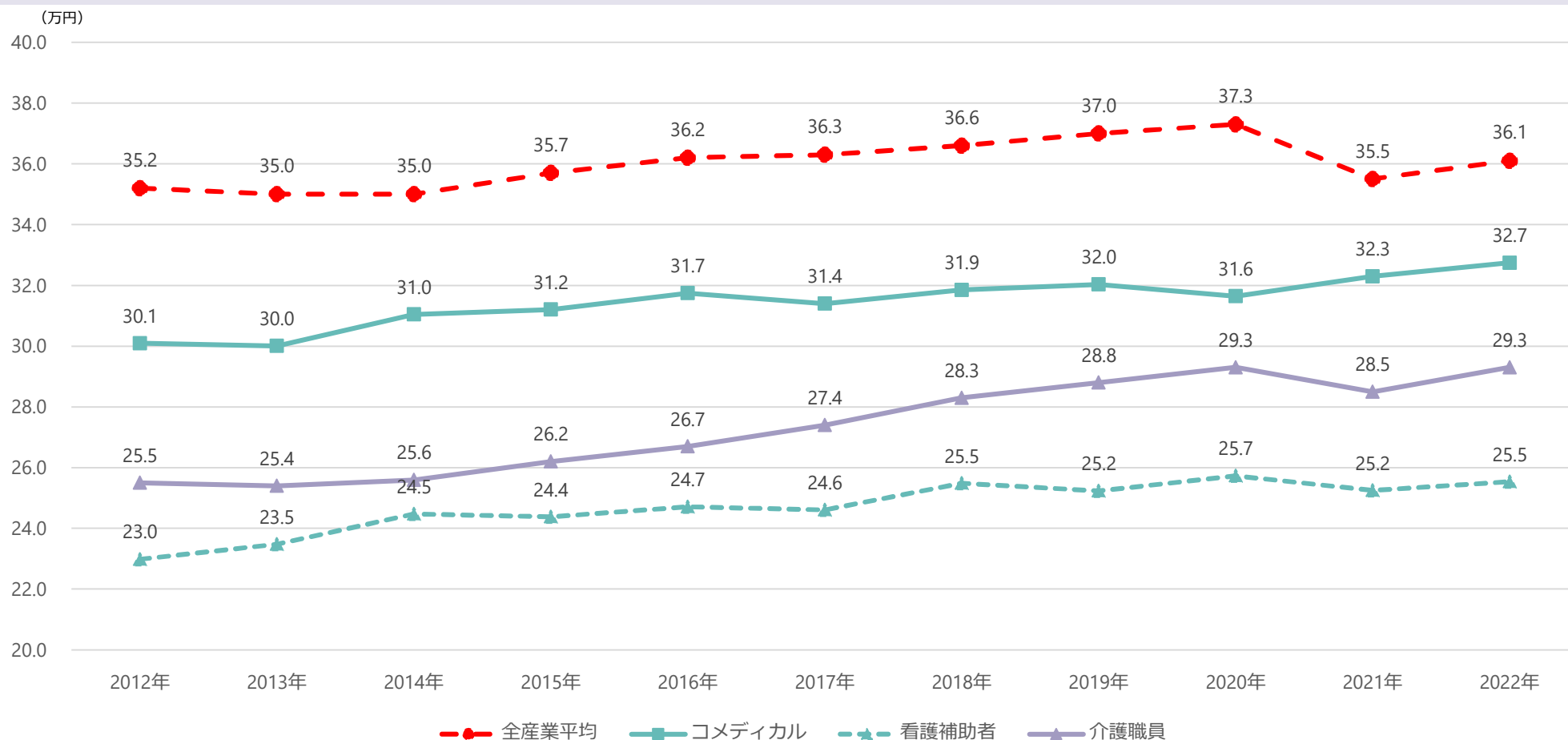
(参考) 長期的な消費者物価指数の動向

○ 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

○ コメディカル（医師・歯科医師・薬剤師・看護師を除く医療関係職種）の給与の平均は全産業平均を下回っており、うち看護補助者については全産業平均を大きく下回っている状況。



出典：厚生労働省「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) 「10人以上規模企業における役職者」を除いて算出。「コメディカル」とは、「看護補助者、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」の加重平均。

賃金の動向

- 2023年春季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。
(参考) 賃上げ分が明確に分かる組合の「賃上げ分」(定期昇給相当分を除いたもの)の加重平均は5,983円/2.12%

【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 集計組合員数	定昇相当込み賃上げ計		額		率	集計組合数 集計組合員数	定昇相当込み賃上げ計		額	率
		額	率					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 %				

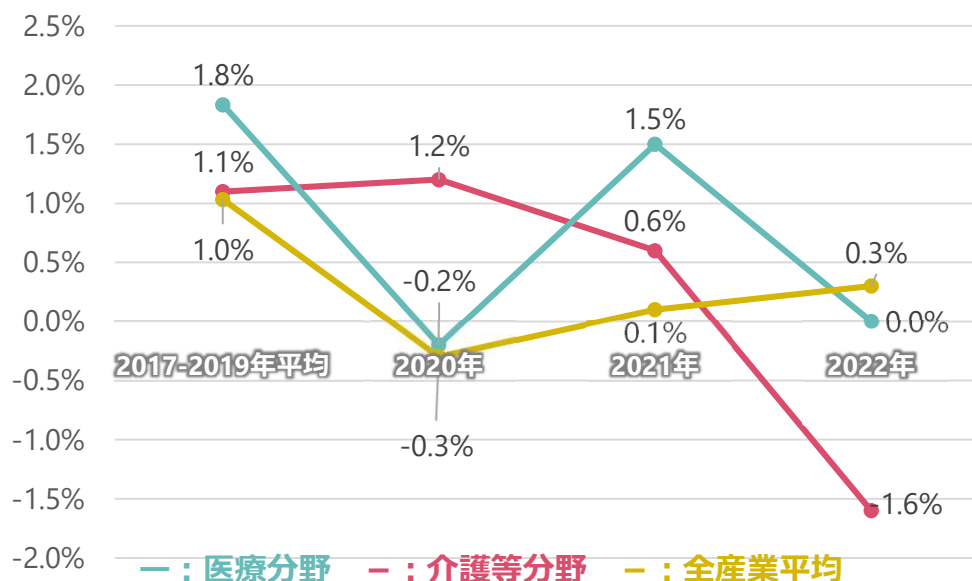
※ 2023年と2022年で集計対象組合が異なるため、「定昇相当込み賃上げ計」の昨年対比は整合しない。

《参考》 賃上げ分が明確に分かる組合の集計 (加重平均)	2023回答 (2023年7月5日公表)				賃上げ分 昨年対比	2022回答 (2022年7月5日公表)					
	集計組合数 集計組合員数	定昇相当込み 賃上げ計		額		率	集計組合数 集計組合員数	定昇相当込み 賃上げ計		額	率
		額	率					額	率		
	3,186 組合 2,320,523 人	10,995 円	5,983 円	2.12 %	4,119 円 1.49 ポイント	2,213 組合 1,938,910 人	6,474 円	1,864 円	0.63 %		
300人未満 計	2,019 組合 238,848 人	9,169 円	4,982 円	1.96 %	3,210 円 1.24 ポイント	1,376 組合 167,398 人	5,769 円	1,772 円	0.72 %		
~99人	967 組合 49,072 人	8,333 円	4,433 円	1.87 %	2,636 円 1.10 ポイント	636 組合 32,128 人	5,461 円	1,797 円	0.77 %		
100~299人	1,052 組合 189,776 人	9,387 円	5,124 円	1.99 %	3,358 円 1.28 ポイント	740 組合 135,270 人	5,842 円	1,766 円	0.71 %		
300人以上 計	1,167 組合 2,081,675 人	11,222 円	6,098 円	2.14 %	4,225 円 1.52 ポイント	837 組合 1,771,512 人	6,546 円	1,873 円	0.62 %		
300~999人	772 組合 417,141 人	10,139 円	5,698 円	2.09 %	3,919 円 1.43 ポイント	533 組合 291,462 人	6,093 円	1,779 円	0.66 %		
1,000人~	395 組合 1,664,534 人	11,502 円	6,198 円	2.16 %	4,306 円 1.55 ポイント	304 組合 1,480,050 人	6,637 円	1,892 円	0.61 %		

医療・介護分野における人材確保の状況について

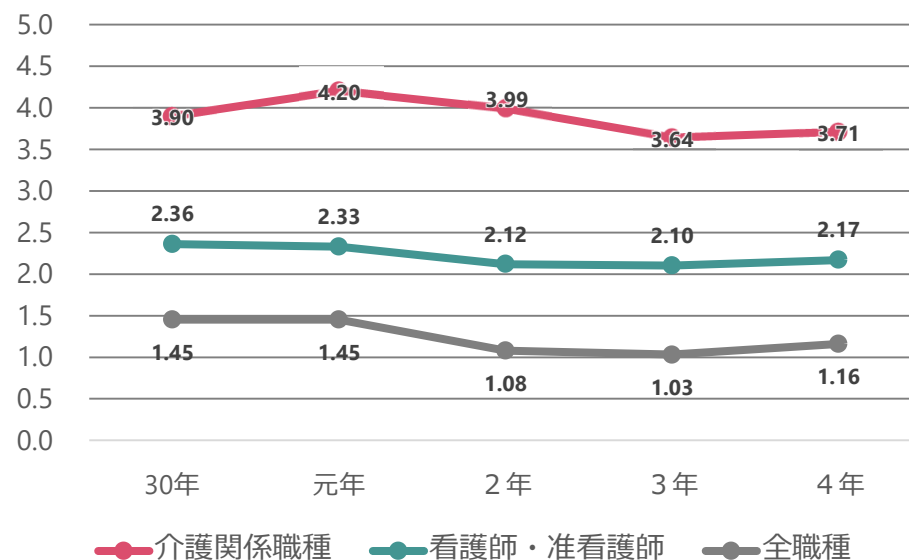
- 高齢化等による需要増加にも関わらず、医療介護分野とも、人材確保の状況が悪化するとともに、有効求人倍率は全職種平均の2~3倍程度の水準で高止まりしている。

■ 医療・介護分野の入職超過率（入職率 - 離職率）



出典：雇用動向調査（厚労省）

■ 医療・介護分野の有効求人倍率（直近5年の動き）



出典：厚生労働省「職業安定業務統計」一般職業紹介状況

令和 4 年度診療報酬改定まで



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)
- DPCI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

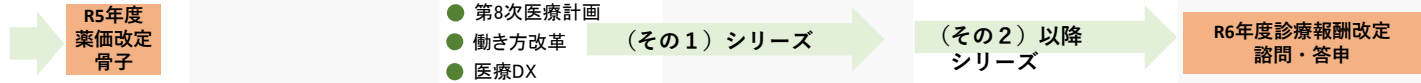
令和6年度の診療報酬改定に向けては、下記の人口動態や社会情勢の変化や医療提供体制改革等を踏まえ、検討を進めることとしてはどうか。

- 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）

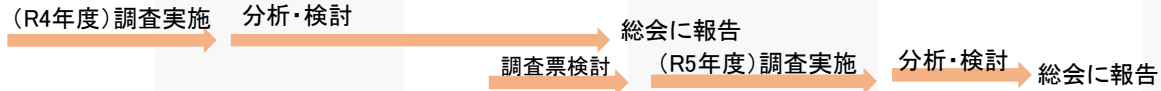
令和4年 12月 令和5年 1月 2月 3月 4月 5月 6月 7月 8月 9月 10月 11月 12月 令和6年 1月 2月 3月

中医協総会

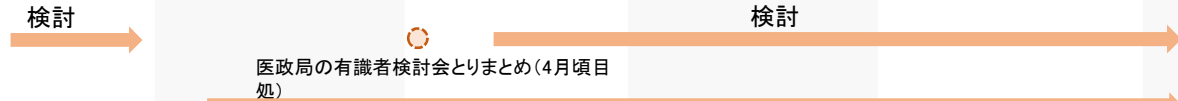


専門部会

○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

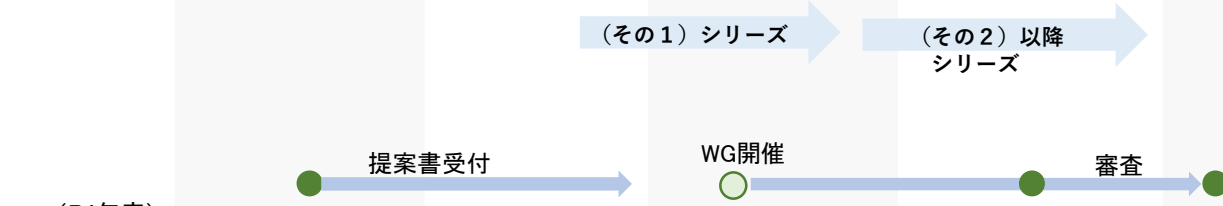
※ 専門組織においても議論

小委員会

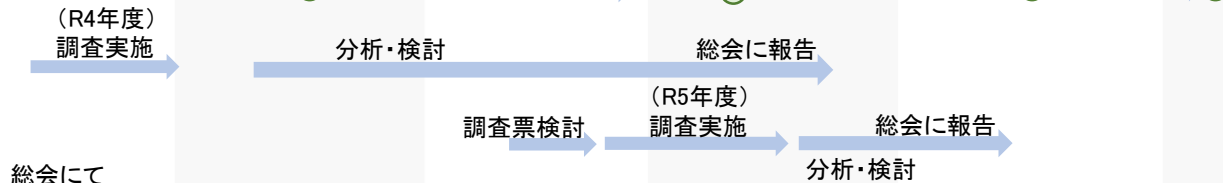
○診療報酬基本問題小委員会

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

第1回 ● 第2回 ● 第3回 ●

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^①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

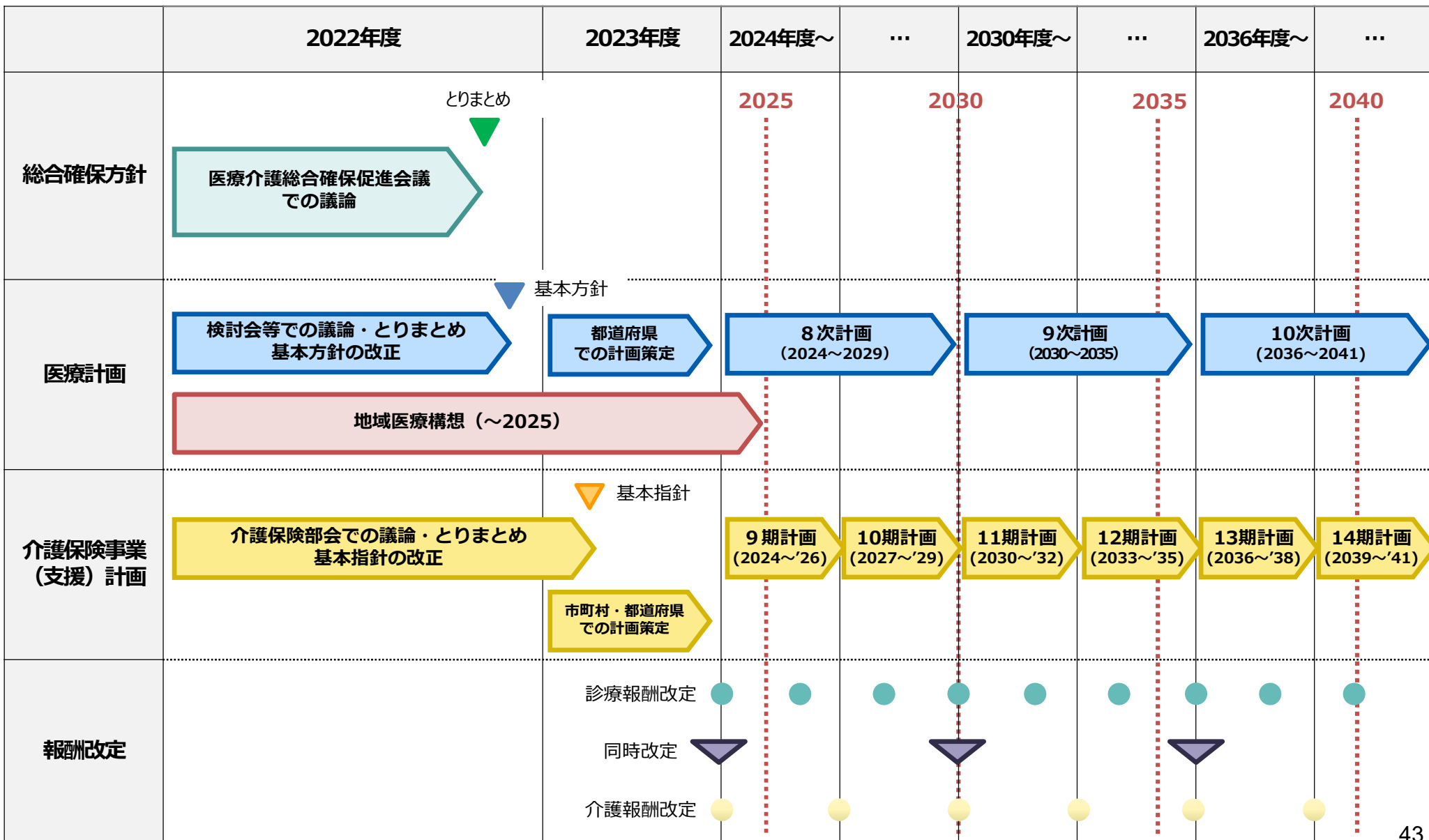
- 医療・介護提供体制の改革を進めていくに当たっては、実現が期待される医療・介護提供体制の姿を関係者が共有した上でそこから振り返って現在すべきことを考える形（バックキャスト）で具体的に、改革を進めていくことが求められる。
- その際、限りある人材等で増大する医療・介護ニーズを支えていくため、医療・介護提供体制の最適化・効率化を図っていくという視点も重要。
- 高齢者人口がピークを迎える中で、医療・介護の複合的ニーズを有する高齢者数が高止まりする一方、生産年齢人口の急減に直面する局面において、実現が期待される医療・介護提供体制の姿として現時点で想起し得るものを、患者・利用者など国民の目線で描いた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

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、利用者にとって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。