

**令和5年1月27日  
大阪府私立病院協会**

**2040年を見据えたリハビリテーションへの期待**

厚生労働省保険局医療課長 眞鍋 馨

Ministry of Health, Labour and Welfare of Japan

1. 社会保障について
2. 日本の人口動態等
3. 社会保障費・医療費の動向
4. 社会保障と税の一体改革・  
全世代型社会保障構築会議
5. 令和4年度診療報酬改定
6. 令和3年度介護報酬改定
7. リハビリテーションについて
8. その他個別項目
9. 同時改定に向けて
10. まとめ

# 1. 社会保障について

# 社会保障制度の基本的考え方

## 現行制度の基本的考え方

- 我が国の福祉社会は、自助、共助、公助の適切な組み合わせによって形づくられている。  
その中で社会保障は、国民の「安心感」を確保し、社会経済の安定化を図るため、今後とも大きな役割を果たすもの。
  - この場合、全ての国民が社会的、経済的、精神的な自立を図る観点から、
    - ①自ら働いて自らの生活を支え、自らの健康は自ら維持するという「自助」を基本として、
    - ②これを生活のリスクを相互に分散する「共助」が補完し、
    - ③その上で、自助や共助では対応できない困窮などの状況に対し受給要件を定めた上で必要な生活保障を行う公的扶助や社会福祉などを「公助」として位置づける
- こととされている。〔 社会保障制度審議会 昭和25年10月「社会保障制度に関する勧告」  
平成7年7月「社会保障体制の再構築に関する勧告」 〕
- 「共助」のシステムとしては、国民の参加意識や権利意識を確保する観点からは、負担の見返りとしての受給権を保障する仕組みとして、国民に分かりやすく負担についての合意が得やすい社会保険方式が基本となっている。

# 社会保障制度に関する勧告(昭和25年社会保障制度審議会)

日本国憲法25条を受け、「社会保障制度に関する勧告」(昭和25年10月16日社会保障制度審議会)では、社会保障制度について概ね以下のような考え方を提示している。

- 日本国憲法25条の規定は、国民には生存権があり、国家には生活保障の義務があることを明らかにしている。
- いわゆる「社会保障制度」とは、困窮の原因に対し、保険又は直接公の負担において経済保障を図り、生活困窮に陥ったものに対しては、国家扶助によって最低限度の生活を保障するとともに、公衆衛生及び社会福祉の向上を図り、もってすべての国民が文化的社会の成員たるに値する生活を営むことができるようにすることである。
- 国家が責任をとる以上は、国民もまた、社会連帯の精神に立って、それぞれその能力に応じてこの制度の維持と運用に必要な社会的義務を果たさなければならない。
- 社会保障の中心は、自らそれに必要な経費を負担する社会保険制度としつつ、保険制度のみでは救済し得ない困窮者に対しては、国家が直接扶助し、その最低限度の生活を保障しなければならない。更にすすんで、国民の健康の保持増進のための公衆衛生、国民生活の破綻を防衛するための社会福祉行政の拡充を同時に推進しなければならない。

# 社会保障制度の変遷

昭和20年代

戦後の混乱・生活困窮者の緊急支援

昭和30・40年代

高度経済成長・生活水準の向上

昭和50・60年代

高度経済成長の終焉・行財政改革

平成以降

少子化問題・バブル経済崩壊と長期低迷

## 戦後の緊急援護と基盤整備(いわゆる「救貧」)

- 昭21 生活保護法制定
- 昭22 児童福祉法制定
- 昭23 医療法、医師法制定**
- 昭24 身体障害者福祉法制定
- 昭25 制度審勧告(社会保障制度に関する勧告)**

## 国民皆保険・皆年金と社会保障制度の発展(いわゆる「救貧」から「防貧」へ)

- 昭33 国民健康保険法改正(国民皆保険)
- 昭34 国民年金法制定(国民皆年金)
- 昭36 国民皆保険・皆年金の実施**
- 昭38 老人福祉法制定
- 昭48 福祉元年  
(老人福祉法改正(老人医療費無料化)、健康保険法改正(家族7割給付、高額療養費)、年金制度改正(給付水準引上げ、物価・賃金スライドの導入))

## 安定成長への移行と社会保障制度の見直し

- 昭57 老人保健法制定(一部負担の導入等)
- 昭59 健康保険法等改正(本人9割給付、退職者医療制度)
- 昭60 年金制度改正(基礎年金導入、給付水準適正化、婦人の年金権確立)  
医療法改正(地域医療計画)

## 少子高齢社会に対応した社会保障制度の構造改革

- 平元 ゴールドプラン策定**
- 平2 老人福祉法等福祉8法の改正(在宅福祉サービスの推進、福祉サービスの市町村への一元化)
- 平6 エンゼルプラン、新ゴールドプラン策定
- 平9 介護保険法制定
- 平11 新エンゼルプラン策定
- 平12 介護保険開始**
- 平15 次世代育成支援対策推進法制定・少子化社会対策基本法制定
- 平16 年金制度改革(世代間公平のためのマクロ経済スライドの導入等)
- 平17 介護保険改革(予防重視型システムへ転換、地域密着型サービス創設、**地域包括ケア体制整備**)
- 平18 医療制度改革(医療費適正化の総合的な推進等)
- 平24 社会保障・税一体改革大綱
- 平25 社会保障制度改革国民会議報告書 社会保障改革プログラム法**
- 平26 消費増税 社会保障改革関連法制定**

# 昭和31年年次経済報告〈抜粋〉

- 結語
- 戦後日本経済の回復の速やかさには誠に万人の意表外にでるものがあった。それは日本国民の勤勉な努力によって培われ、世界情勢の好都合な発展によって育まれた。しかし敗戦によって落ち込んだ谷が深かったという事実そのものが、その谷からはい上がるスピードを速やかからしめたという事情も忘れることはできない。経済の浮揚力には事欠かなかった。経済政策としては、ただ浮き揚がる過程で国際収支の悪化やインフレの壁に突き当たるのを避けることに努めれば良かった。消費者は常にもっと多く物を買おうと心掛け、企業者は常にもっと多くを投資しようとして待ち構えていた。いまや経済の回復による浮揚力はほぼ使い尽くされた。なるほど、貧乏な日本のこと故、世界の他の国々に比べれば、消費や投資の潜在需要はまだ高いかもしれないが、戦後の一時期に比べれば、その欲望の熾烈さは明らかに減少した。もはや「戦後」ではない。我々はいまや異なった事態に当面しようとしている。回復を通じての成長は終わった。今後の成長は近代化によって支えられる。そして近代化の進歩も速やかにしてかつ安定的な経済の成長によって初めて可能となるのである。

# 厚生白書(昭和31年度版) <抜粋>

## 第一章 国民の生活はいかに守られているか

### 第一節 国民の生活状態はどうなっているか

#### 果して「戦後」は終わったか

もはや「戦後」ではない、というのが、最近の一つの流行語になっている。もっとも、それぞれの発言者によって、この同じ言葉で表現している意味は、必ずしも同じではない。そこで、ここでは問題を経済的なもの限定し、すでに発表されている各種の資料を検討して、**果して「戦後」は終わったかどうかを、事実を即して、冷静に考えてみることにしよう。**

- ただ、われわれは、問題の取り上げ方についてここに注意しておかなければならないことがある。それは戦後の経済復興のための国民的努力の目標は、結局するところ、悲惨をきわめた戦後の国民生活を、速かに戦前の水準まで回復させること、あるいはこれを突破させることにあったのであるから、われわれは、問題の焦点を、国民経済の出発点であり帰着点でもあるところのこの国民生活の上に置かなければならないということである。言いかえるならば、生産高、貿易取引高、物価などの諸経済指標は、それ自体としてはここでの関心事ではなく、国民の生活状態がどの程度の回復を示したかということに、問題をしばって考えようということである。

<略>

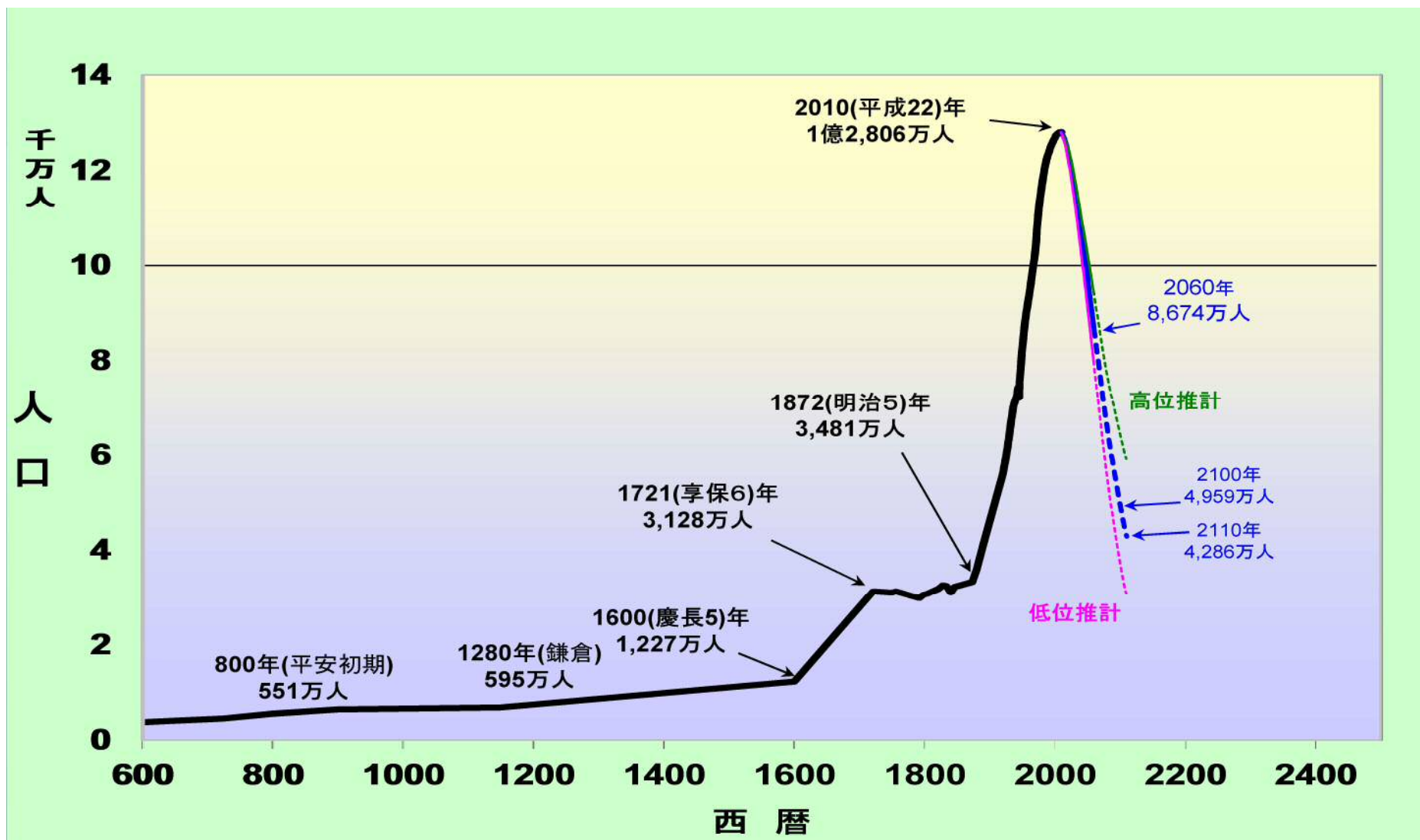
- そこで、国民の消費水準の戦前に対する比較を行うと、昭和九年ないし一一年平均を一〇〇とすれば昭和三〇年は一一五であって、いまや国民の消費生活の水準は戦前水準を大幅に突破したことを示すものとされている。ただし、この戦前比較一一五%という倍率は、都市農村を通じて全国民を平均にならした数字であるから、都市と農村を分離して、まず農村について見ると、農村の生活水準は、すでに昭和二六年において戦前水準を突破し、記録的な豊作の年であった昭和三〇年においては、戦前対比一三二・五%という目ざましい向上ぶりを見せた。しかし、この数字については、いうまでもなく、戦前のわが国の農村が疲弊をきわめていて、その救済を叫ぶ声が高かったという歴史を忘れてはならない。要するに、農村においては、戦後の水準が著しく高まったというよりも、戦前の水準があまりにも低かったと考える方が正しいのではあるまいか。
- ところで、この農村を除いて考えるならば、都市における消費水準の回復はむしろ遅々たるもので、東京都の勤労者世帯を例にとって見ても、昭和二九年において始めて昭和九年ないし一一年平均の水準に達し、昭和三〇年においてようやく一〇六・五%という数字を示したとされている。しかも、家計調査が、戦前は比較的到低額の所得階層を対象としていたのに反し、戦後は高額所得層まで含ませているという相違を考慮に入れると、この一〇六・五%という数字はある程度引き下ろさなければならぬから、都市部においては、消費水準が戦前の水準にまで戻ったと断定することには、なお問題があるといわなければならない。
- この疑念を深めるものの一つは、都市勤労者家計におけるいわゆる「エンゲル係数」(飲食物費が消費支出全体のうちに占める割合)である。この係数は、所得の低い階層ほど大となるという規則的な関係があるものであるが、戦前の家計調査(全都市)の示すエンゲル係数は三五・六%であり、これに対応する昭和三〇年の数字は四四・五%である。さらに、住宅に対する支出や、家計の黒字あるいは貯蓄なども、必ずしも戦前の水準に及んでいないという事実がある。
- このように、数字が示すところ、**農村においては確かに戦前の水準を上回っているが、都市においては、いまだ戦前の生活状態までには及んでいないと推定する方が、われわれの日常生活の実感から考えてもぴったりとするように思われる。**



## 2. 日本の人口動態等

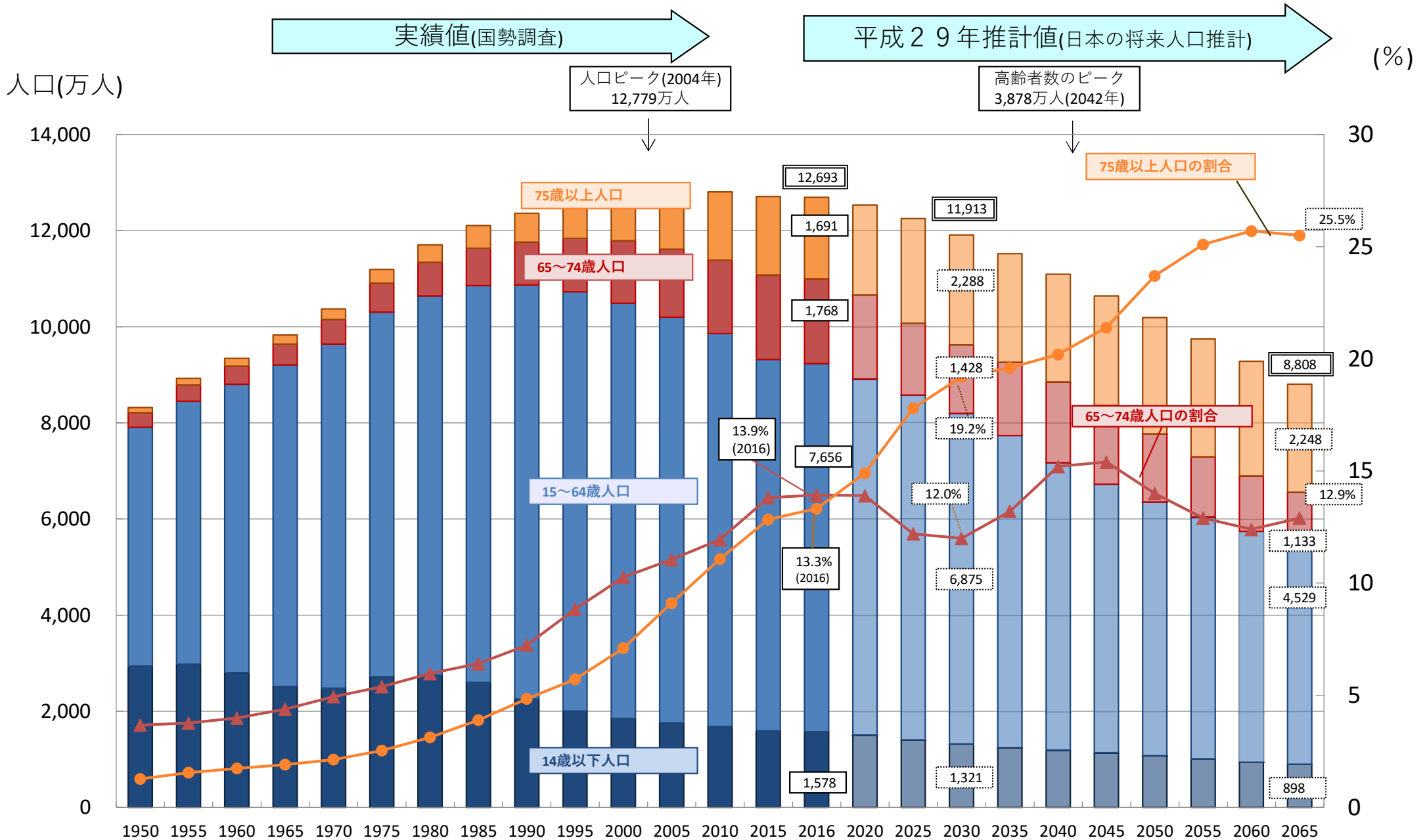


# 日本人口の歴史的推移



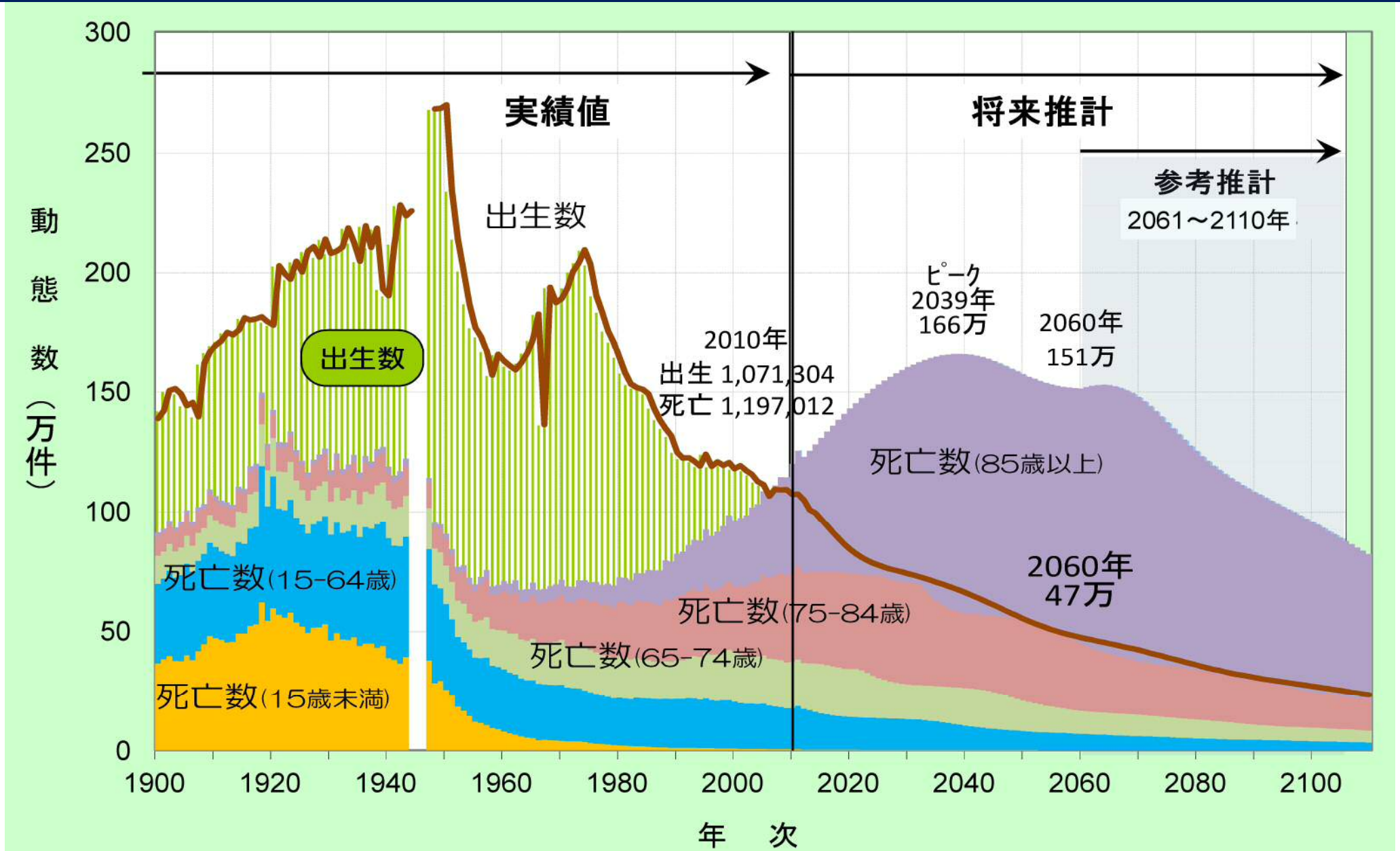
資料：国立社会保障・人口問題研究所「人口統計資料集」（1846年までは鬼頭宏「人口から読む日本の歴史」、1847～1870年は森田優三「人口増加の分析」、1872～1919年は内閣統計局「明治五年以降我国の人口」、1920～2010年総務省統計局「国勢調査」〔推計人口〕）2011～2110年国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口」（平成24年1月推計〔死亡中位推計〕）。

# 75歳以上の高齢者数の急速な増加



資料：2016年までは総務省統計局「国勢調査」および「人口推計」、2020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（平成29年4月推計）中位推計」

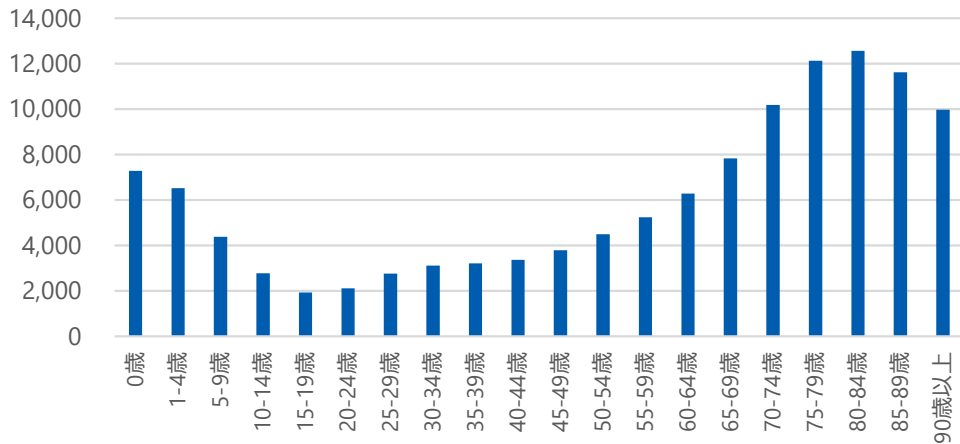
# 出生数と死亡数の推移：1900～2110年



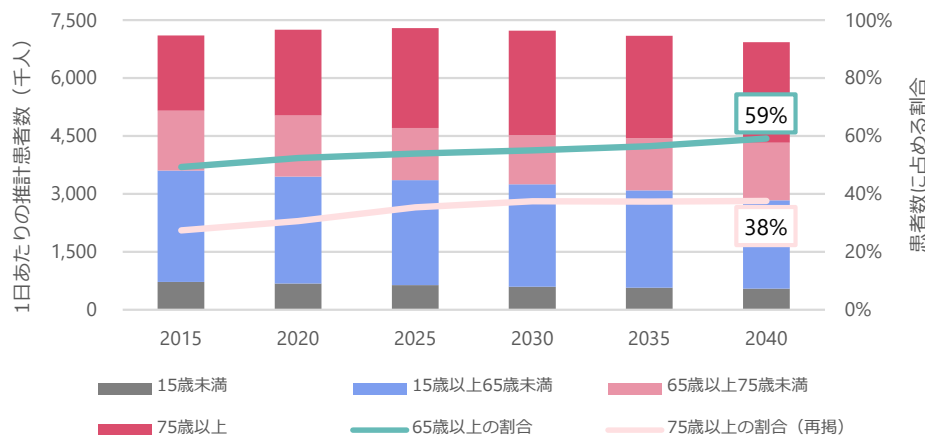
# 医療需要の変化① 外来患者数は、既に減少局面にある医療圏が多い

- 全国での外来患者数は2025年にピークを迎えることが見込まれる。65歳以上が占める割合は継続的に上昇し、2040年には約6割となるが見込まれる。
- 既に2020年までに214の医療圏では外来患者数のピークを迎えていると見込まれる。

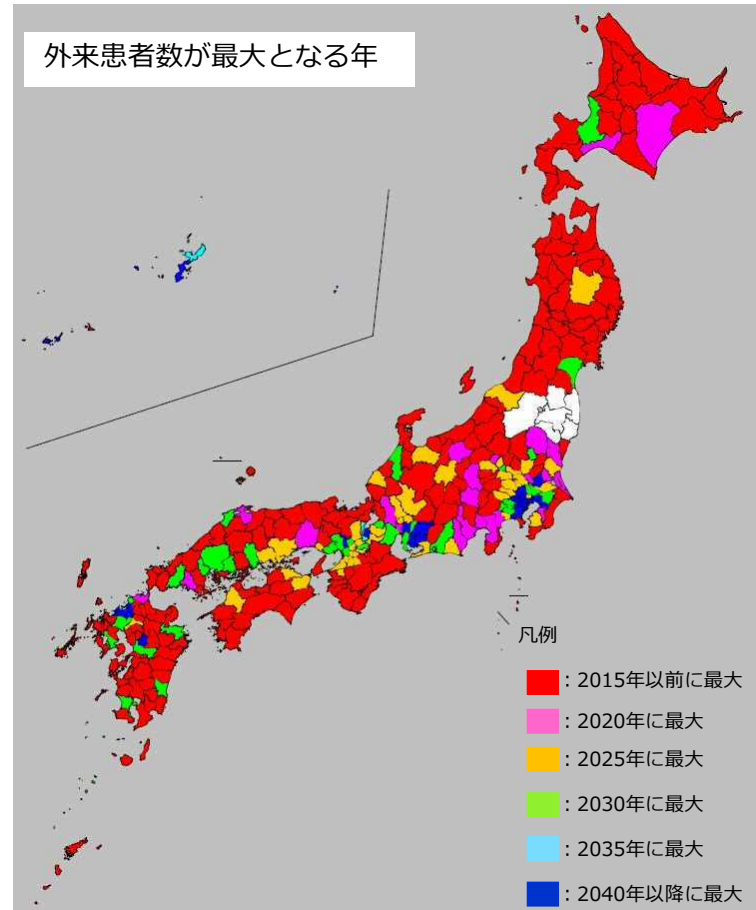
外来受療率（人口10万対）



外来患者数推計



外来患者数が最大となる年



出典：患者調査（平成29年）「受療率（人口10万対）、入院一外来×性・年齢階級×都道府県別」  
 国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口（平成30（2018）年推計）」

※ 「外来」には「通院」「往診」「訪問診療」「医師以外の訪問」が含まれる。

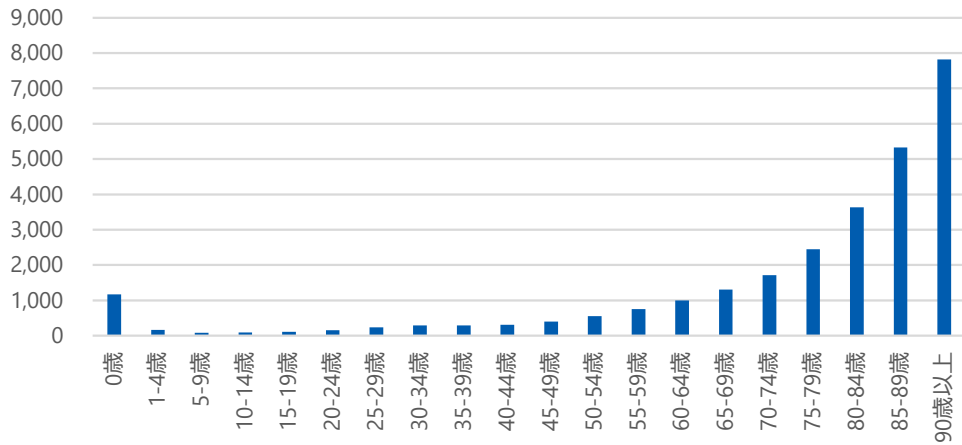
※ 二次医療圏の患者数は、当該二次医療圏が属する都道府県の受療率が各医療圏に当てはまるものとして、将来の人口推計を用いて算出。

※ 福島県は市区町村ごとの人口推計が行われていないため、福島県の二次医療圏を除く329の二次医療圏について集計。

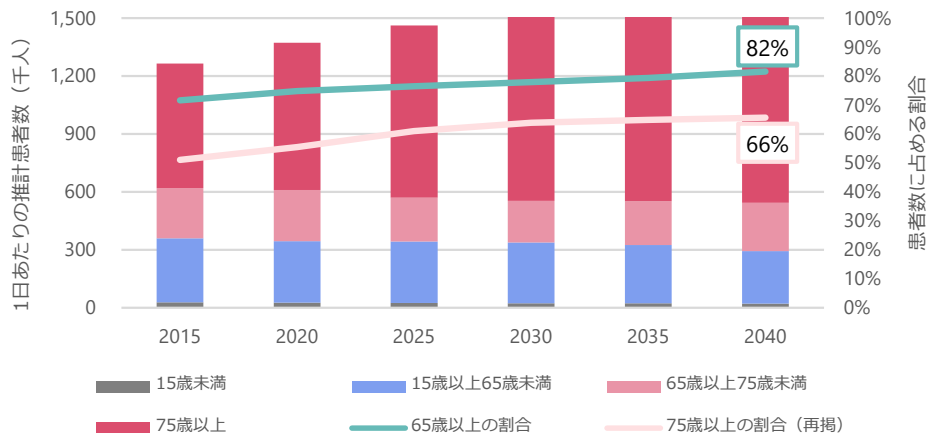
## 医療需要の変化② 入院患者数は、全体としては増加傾向にある

- 全国での入院患者数は2040年にピークを迎えることが見込まれる。65歳以上が占める割合は継続的に上昇し、2040年には約8割となるが見込まれる。
- 2次医療圏によって入院患者数が最大となる年は様々であるが、既に2020年までに89の医療圏が、また2035年までには260の医療圏がピークを迎えることが見込まれる。

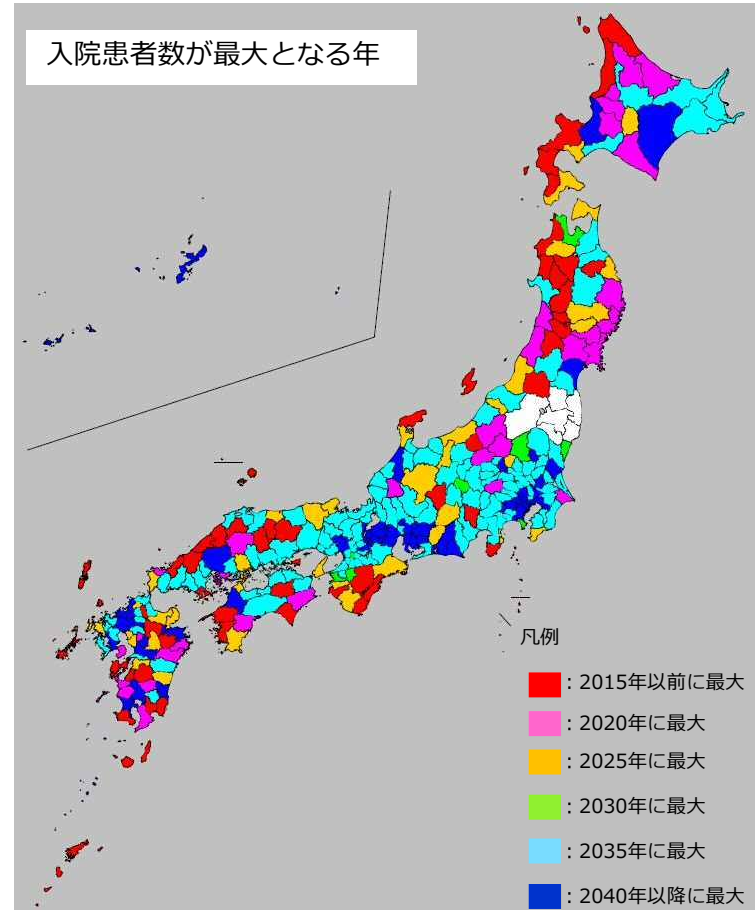
入院受療率（人口10万対）



入院患者数推計



入院患者数が最大となる年



出典：患者調査（平成29年）「受療率（人口10万対）、入院一外来×性・年齢階級×都道府県別」

国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口（平成30（2018）年推計）」

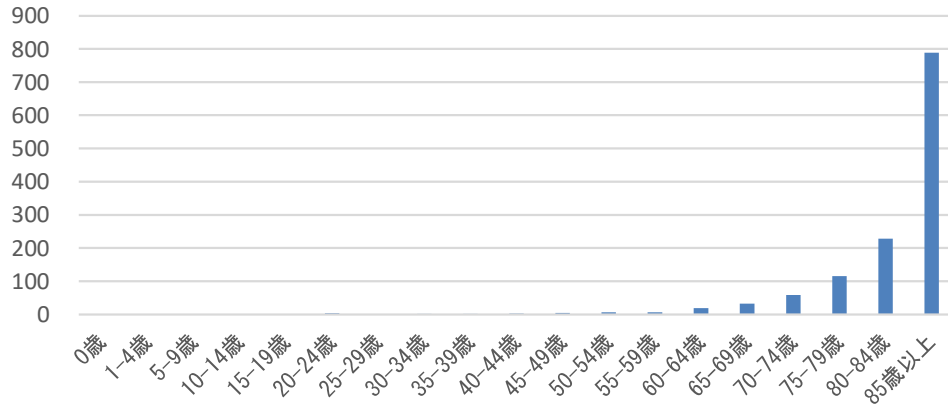
※ 二次医療圏の患者数は、当該二次医療圏が属する都道府県の受療率が各医療圏に当てはまるものとして、将来の人口推計を用いて算出。

※ 福島県は市区町村ごとの人口推計が行われていないため、福島県の二次医療圏を除く329の二次医療圏について集計。 14

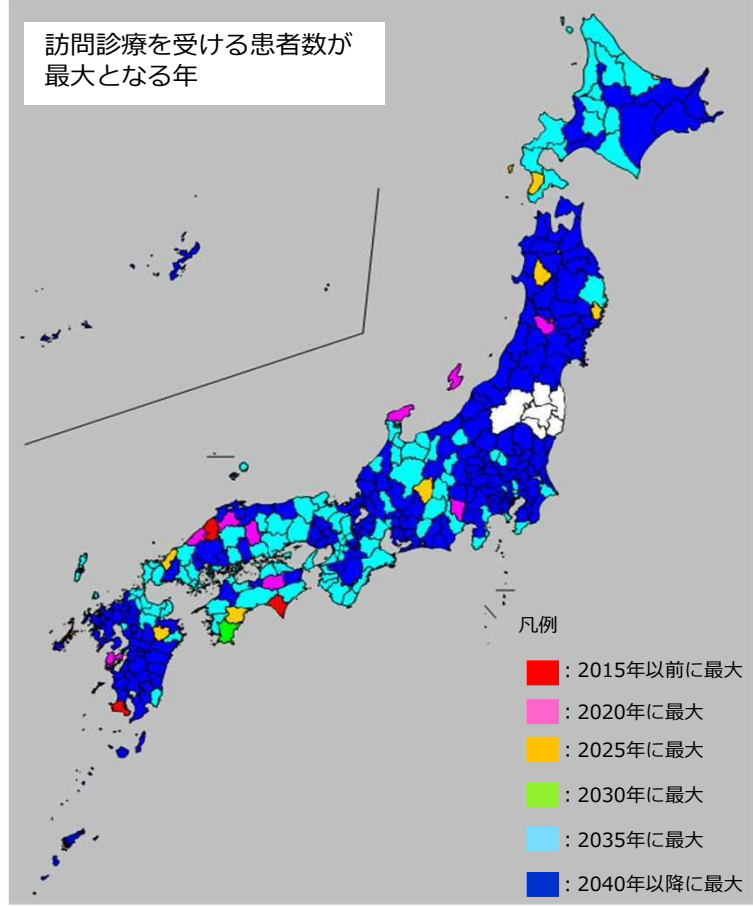
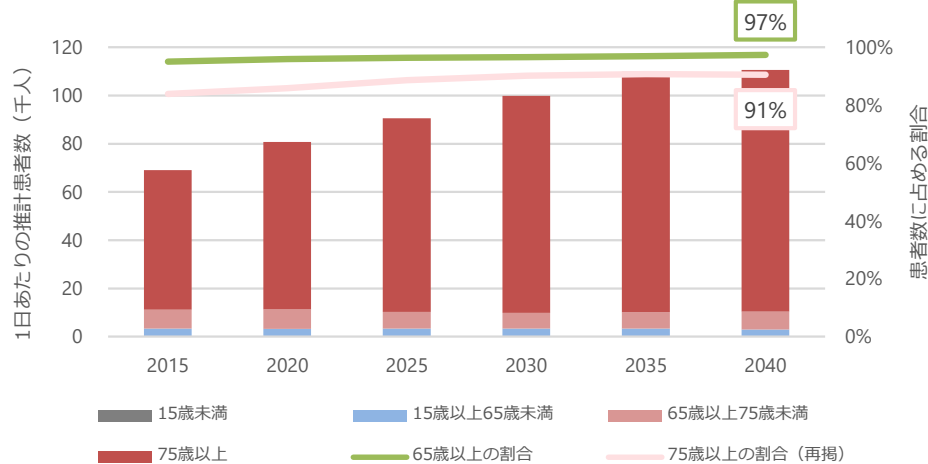
## 医療需要の変化③ 在宅患者数は、多くの地域で今後増加する

- 全国での在宅患者数は、2040年以降にピークを迎えることが見込まれる。
- 在宅患者数は、多くの地域で今後増加し、2040年以降に203の二次医療圏において在宅患者数のピークを迎えることが見込まれる。

訪問診療受療率（人口10万対）



訪問診療利用者数推計



出典：患者調査（平成29年）「推計患者数、性・年齢階級×傷病小分類×施設の種別・入院一外来の種別別」  
「推計外来患者数（患者所在地）、施設の種別・外来の種別×性・年齢階級×都道府県別」

国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口（平成30（2018）年推計）」

※ 病院、一般診療所を対象に集計。

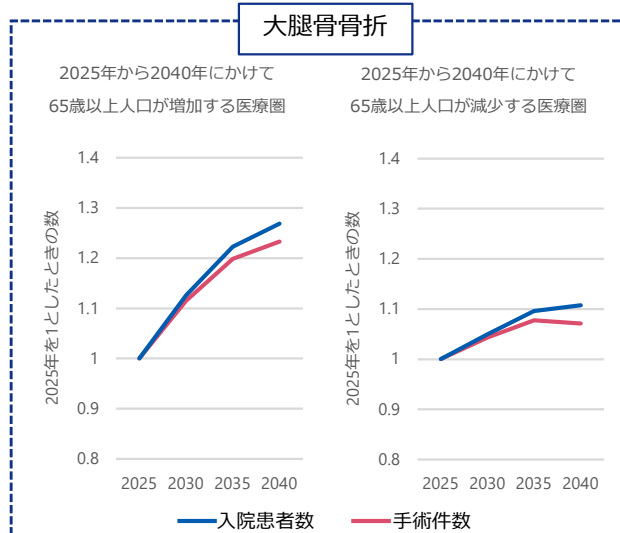
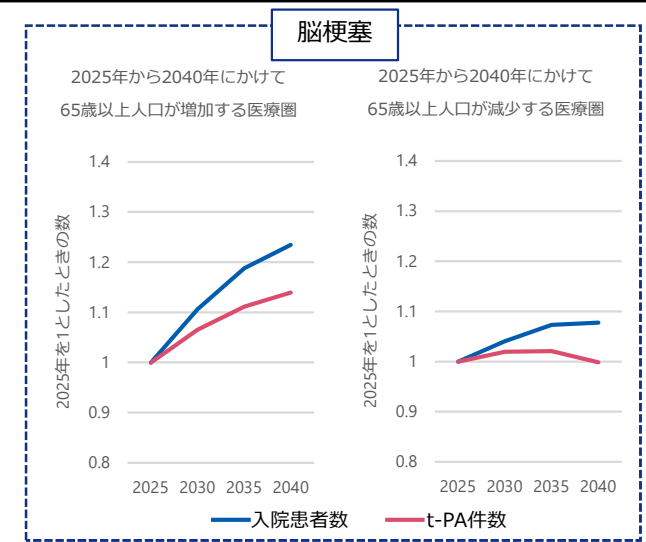
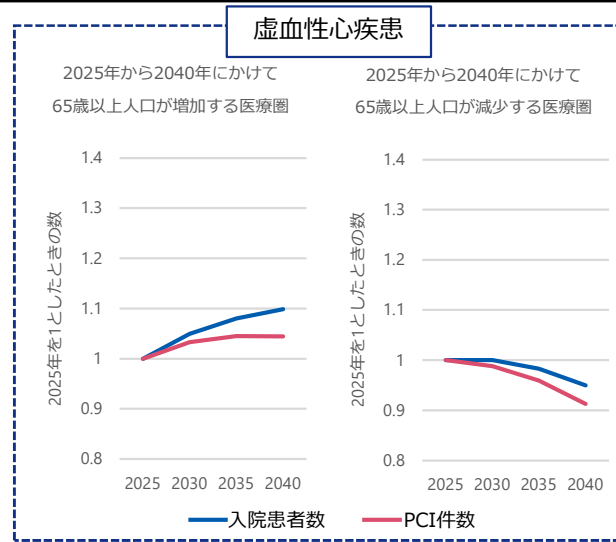
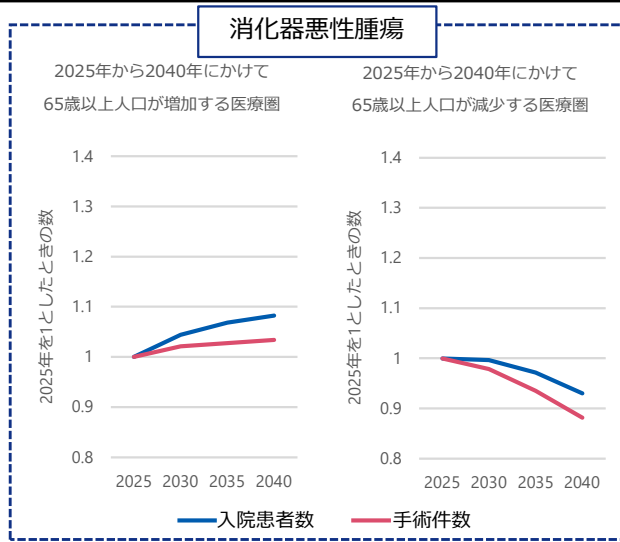
※ 二次医療圏の患者数は、当該二次医療圏が属する都道府県の受療率が各医療圏に当てはまるものとして、将来の人口推計を用いて算出。

※ 福島県は市区町村ごとの人口推計が行われていないため、福島県の二次医療圏を除く329の二次医療圏について集計。

# 医療需要の変化④ 超高齢化・人口急減で、急性期の医療ニーズが大きく変化する

令和4年3月4日 第7回第8次医療計画等に関する検討会 資料1

- 2025年から2040年にかけて65歳以上人口が増加する2次医療圏(132の医療圏)では、急性期の医療需要が引き続き増加することが見込まれるが、がん・虚血性心疾患・脳梗塞については、入院患者数の増加ほどは急性期の治療の件数は増加しないことが見込まれる。また、大腿骨骨折の入院患者数・手術件数は大幅な増加が見込まれる。
- 2025年から2040年にかけて65歳以上人口が減少する2次医療圏(197の医療圏)では、がん・虚血性心疾患の入院患者数の減少が見込まれる。脳梗塞については、入院患者数の増加ほどは急性期の治療の件数は増加しないことが見込まれる。また、大腿骨骨折の入院患者数・手術件数は増加が見込まれる。

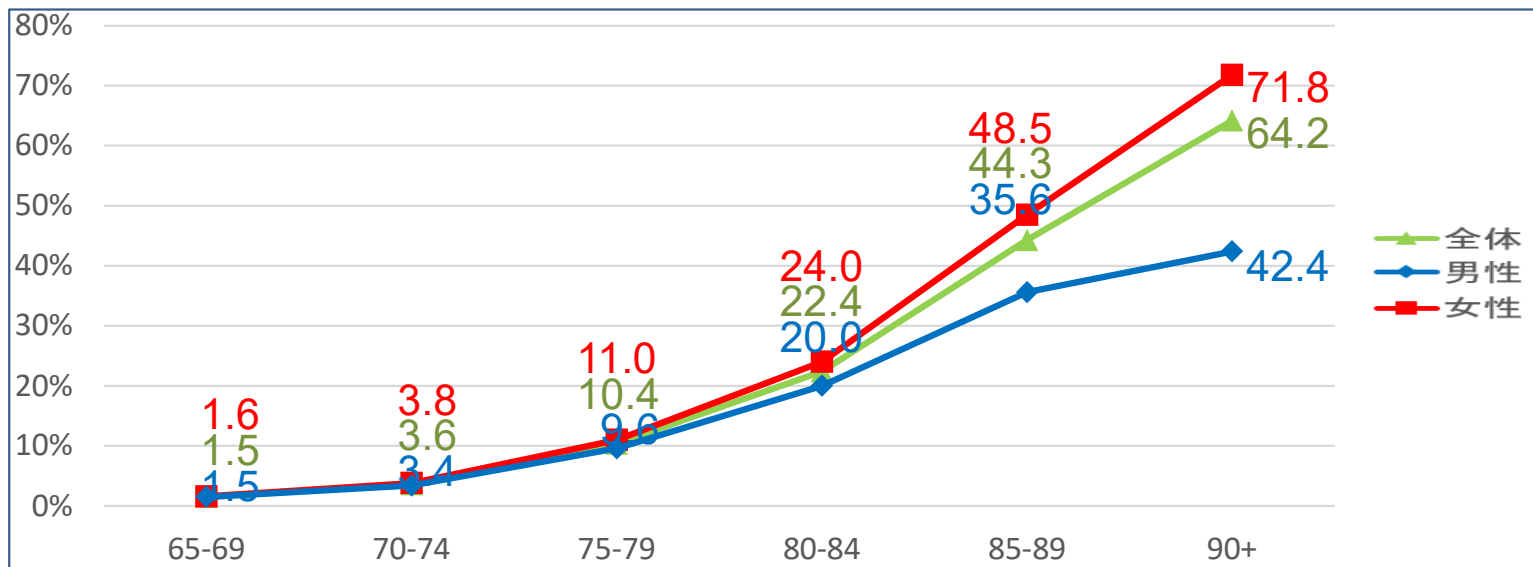


出典：レセプト情報・特定健診等情報データベース（NDB）（2019年度分、医政局において集計）  
 患者調査（平成29年）「入院受療率（人口10万対）、性・年齢階級×傷病分類別」  
 国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口（平成30（2018）年推計）」  
 総務省「住民基本台帳に基づく人口、人口動態及び世帯数（令和2年1月1日現在）」

- ※ 入院患者数は、各疾患の都道府県ごとの入院受療率に二次医療圏ごとの将来の人口推計を掛け合わせて算出。
- ※ 手術件数・PCI件数・t-PA件数は、NDBの集計（下記定義による）による実績値から、令和2年1月1日時点での住民人口を用いて都道府県ごとの受療率を算出し、二次医療圏ごとの将来の人口推計を掛け合わせて算出。
- ※ 消化器悪性腫瘍の手術件数とは、消化管及び肝胆膵等にかかる悪性腫瘍手術の算定回数の合計である。
- ※ 虚血性心疾患のPCI件数とは、「経皮的冠動脈形成術」「経皮的冠動脈ステント留置術」等の算定回数の合計である。
- ※ 脳梗塞のt-PA（アルテプラゼによる血栓溶解療法）件数とは、「超急性期脳卒中加算」の算定回数の合計である。
- ※ 大腿骨骨折の手術件数とは、「人工骨頭挿入術（股）」の算定回数の合計である。
- ※ 福島県は市区町村ごとの人口推計が行われていないため、福島県の二次医療圏を除く329の二次医療圏について推計。



# 年齢階級別の認知症有病率について (一万人コホート年齢階級別の認知症有病率)



日本医療研究開発機構 認知症研究開発事業「健康長寿社会の実現を目指した大規模認知症コホート研究」  
 悉皆調査を行った福岡県久山町、石川県中島町、愛媛県中山町における認知症有病率調査結果(解析対象 5,073人)  
 研究代表者 二宮利治(九州大学大学院)提供のデータより作図

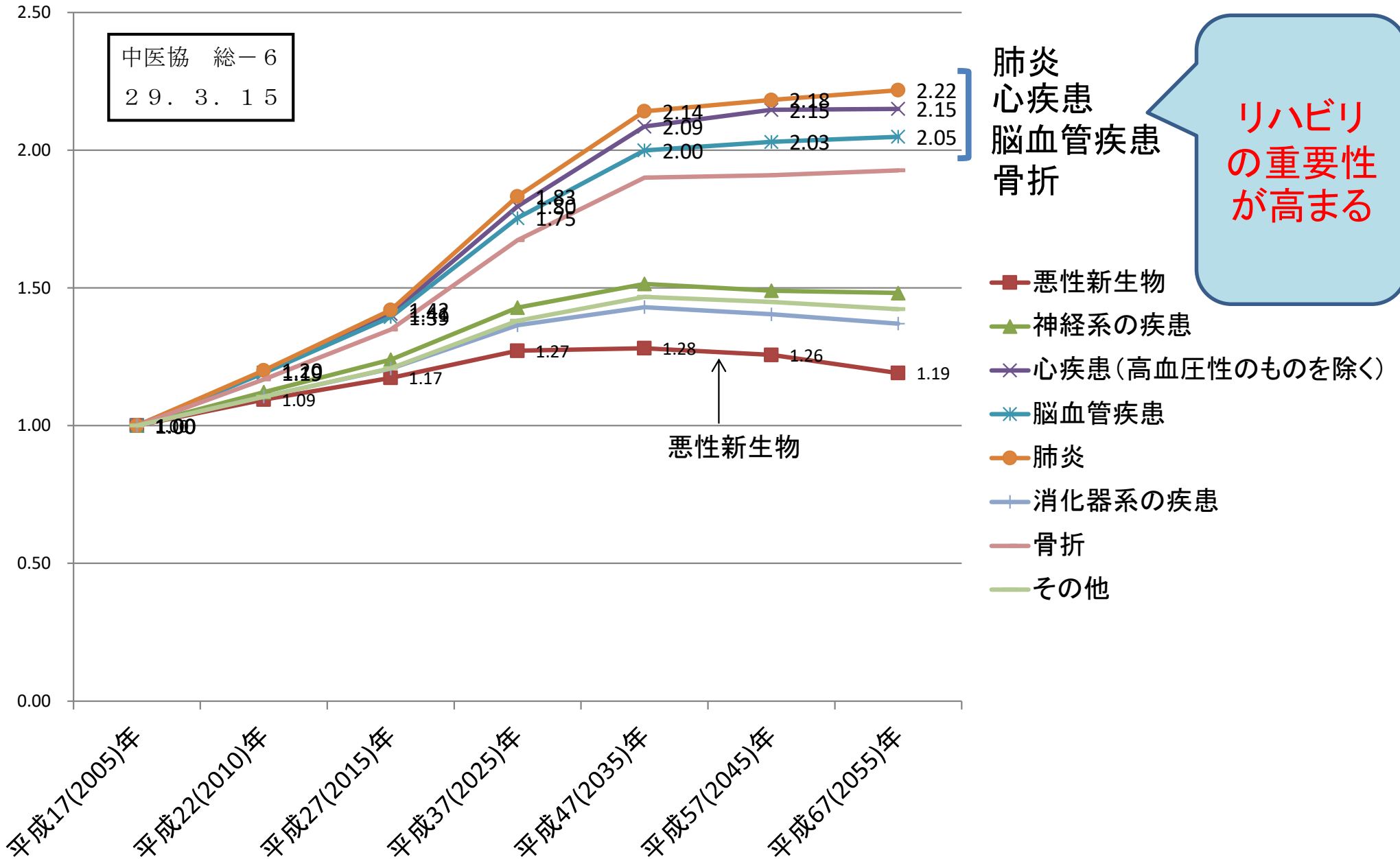
## 認知症の人の将来推計について

年	平成24年 (2012)	平成27年 (2015)	令和2年 (2020)	令和7年 (2025)	令和12年 (2030)	令和22年 (2040)	令和32年 (2050)	令和42年 (2060)
各年齢の認知症有病率が一定の場合の将来推計 人数/(率)	462万人 15.0%	517万人 15.7%	602万人 17.2%	675万人 19.0%	744万人 20.8%	802万人 21.4%	797万人 21.8%	850万人 25.3%
各年齢の認知症有病率が上昇する場合の将来推計 (※) 人数/(率)		525万人 16.0%	631万人 18.0%	730万人 20.6%	830万人 23.2%	953万人 25.4%	1016万人 27.8%	1154万人 34.3%

「日本における認知症の高齢者人口の将来推計に関する研究」(平成26年度厚生労働科学研究費補助金特別研究事業 九州大学 二宮教授)による速報値

(※) 久山町研究からモデルを作成すると、年齢、性別、生活習慣病(糖尿病)の有病率が認知症の有病率に影響することがわかった。  
 本推計では2060年までに糖尿病有病率が20%増加すると仮定した。

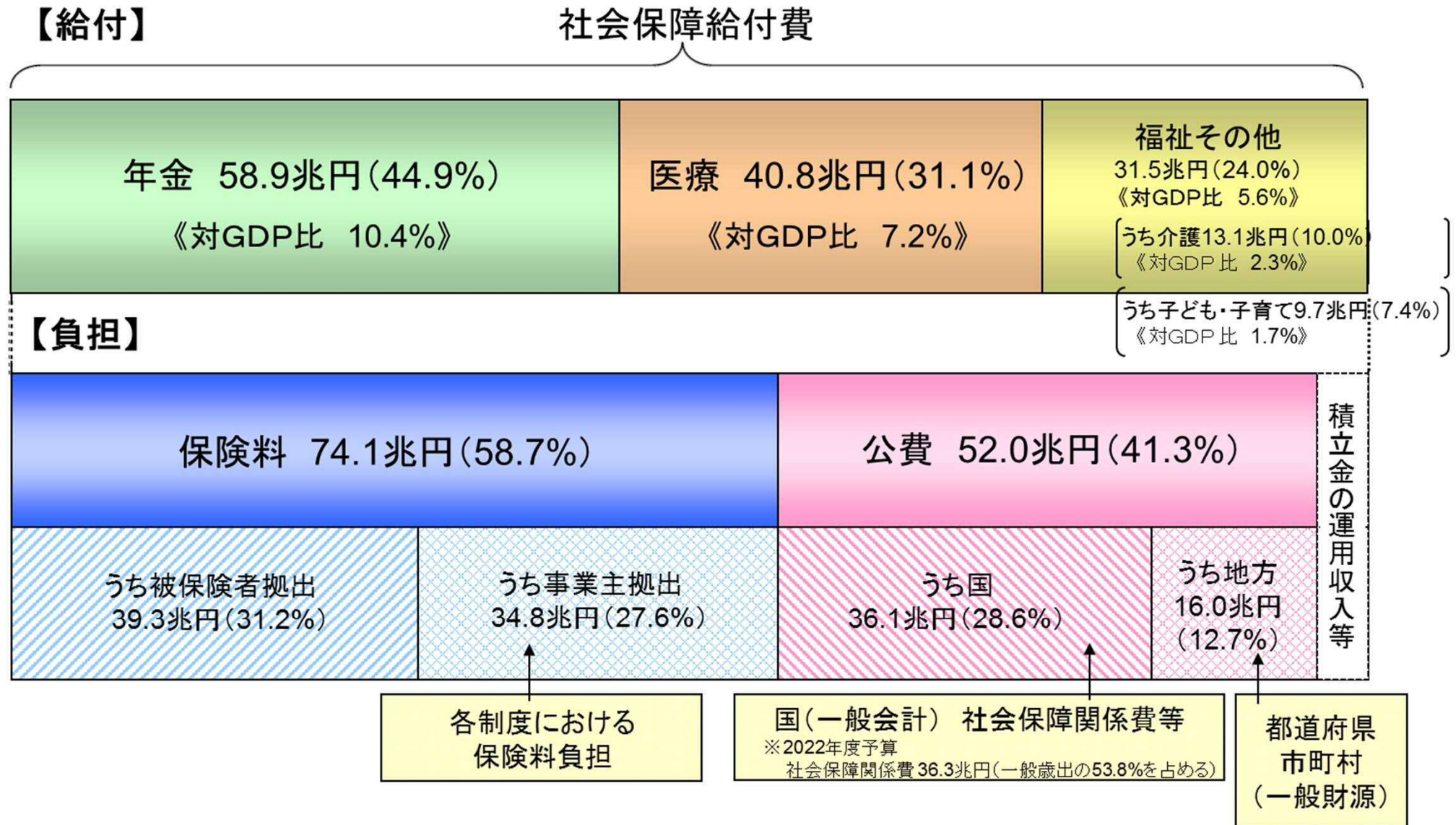
# 入院患者の将来推計 2005年を1とした場合の増加率



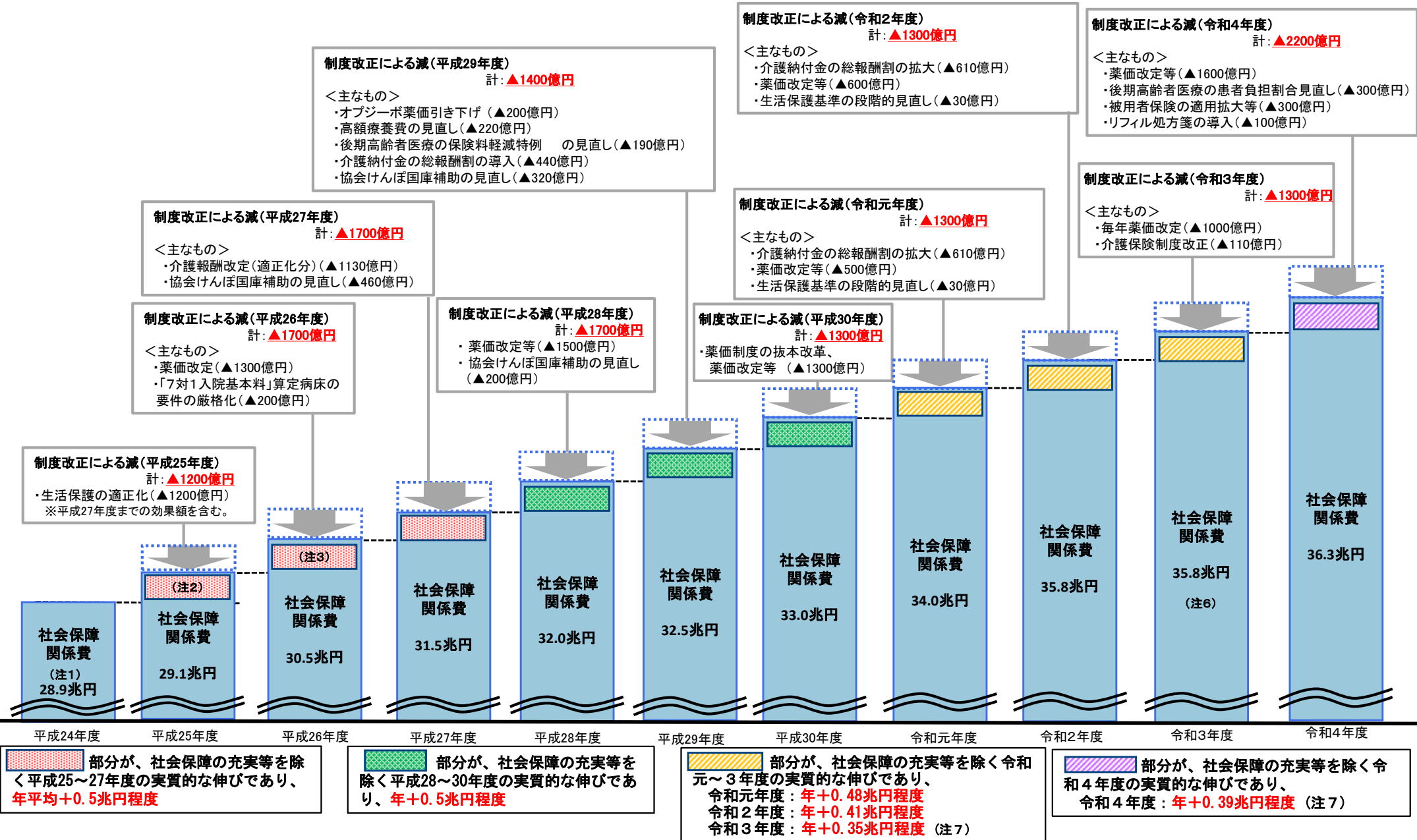
## 3. 社会保障費・医療費の動向

# 社会保障の給付と負担の現状(2022年度予算ベース)

社会保障給付費 2022年度(予算ベース) 131.1兆円 (対GDP比 23.2%)

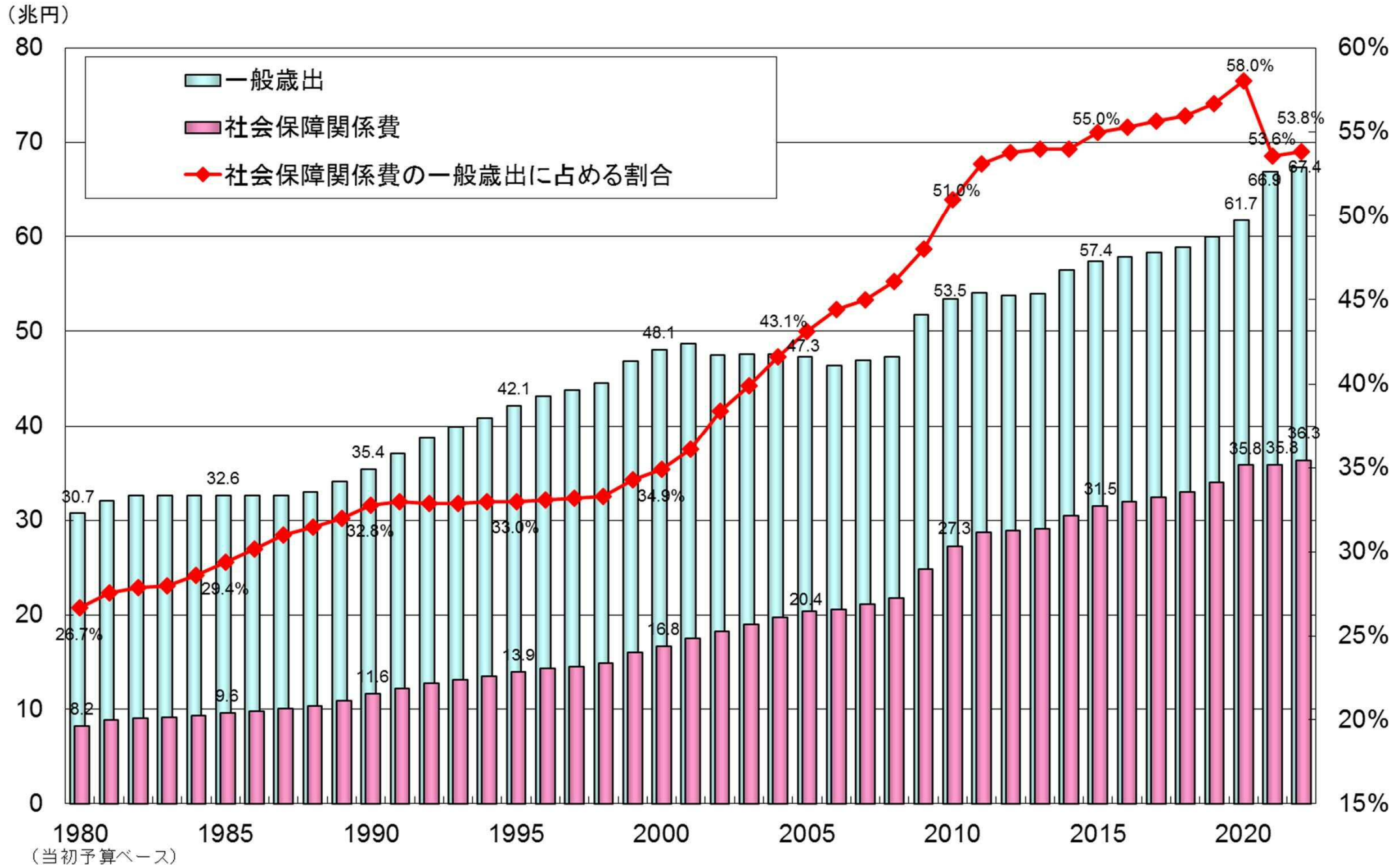


# 社会保障関係費の伸び



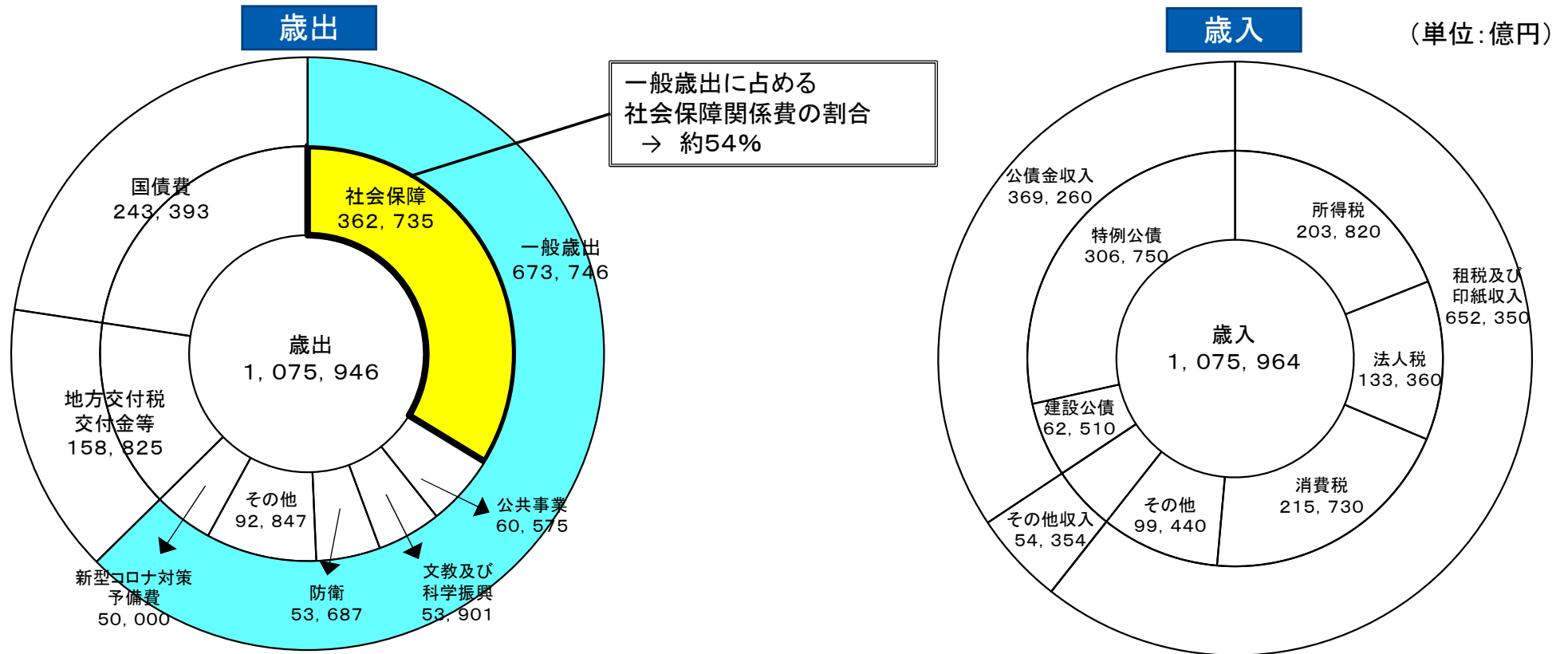
(注1) 年金国庫負担2分の1ベースの予算額。 (注2) 基礎年金国庫負担の受入超過による精算 (▲0.3兆円) の影響を含めない。  
 (注3) 高齢者の医療費自己負担軽減措置等に係る経費の当初予算化 (+0.4兆円) の影響を含めない。 (注4) 社会保障関係費の計数には、社会保障の充実等を含む。 (注5) 令和元・2年度の社会保障関係費の計数は、臨時・特別の措置を除く。  
 (注6) 令和2年度までで社会保障関係費として分類していた1,200億円程度の経費について、経費区分の変更を行ったため、除外している。  
 (注7) 新型コロナウイルス感染症の影響を受けた足元の医療費動向を踏まえ、医療費に係る国庫負担分を令和3年度においては▲2000億円、令和4年度においては▲700億円程度減少させたベースと比較している。

# 一般歳出と社会保障関係費の推移



# 令和4年度予算 国の一般歳出における社会保障関係費

国の一般歳出の約54%は社会保障関係費（高齢化等に伴い、一般歳出に占める社会保障関係費が急増）



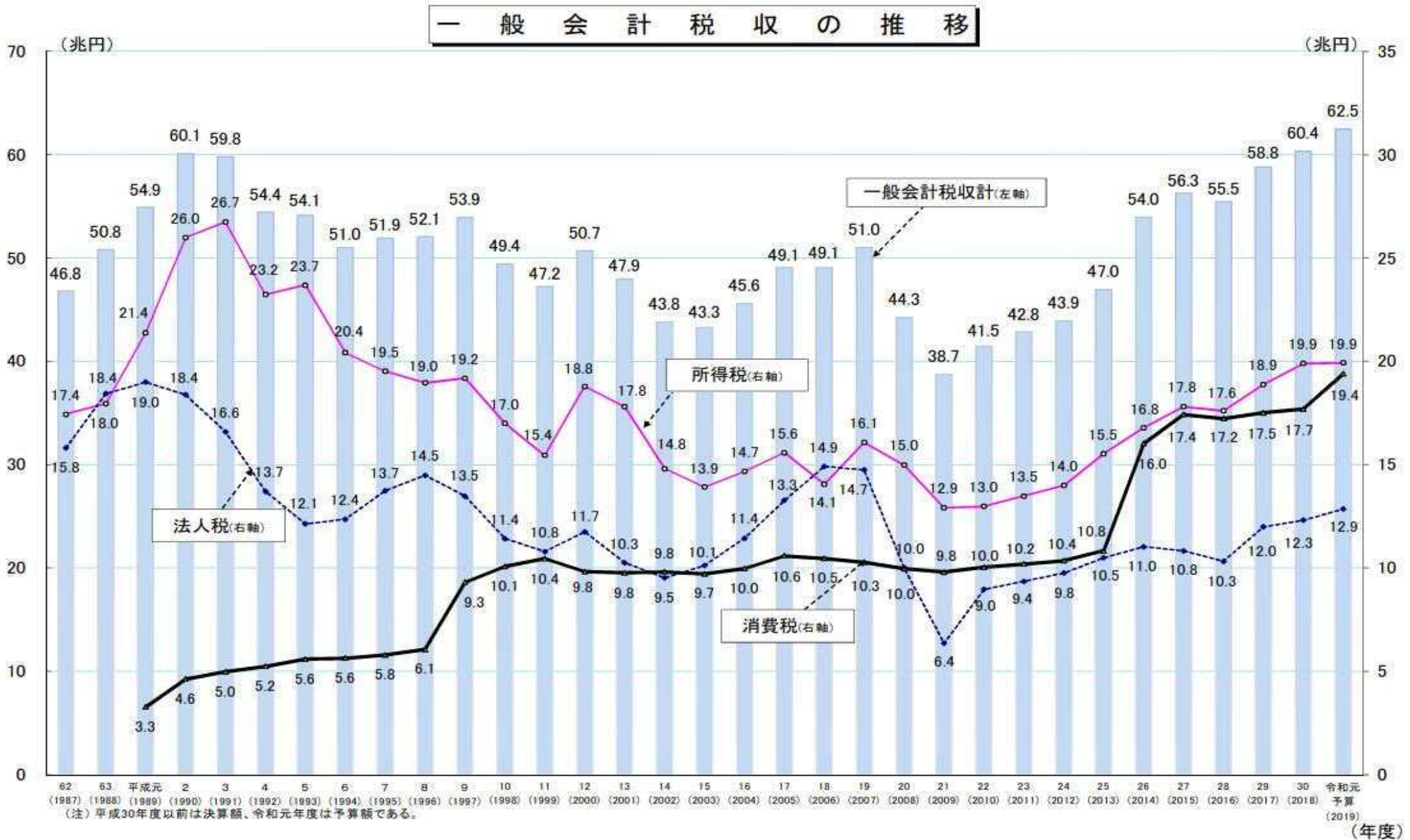
(注1) 計数は、それぞれ四捨五入によっているので、端数において合計と合致しないものがある

## 一般歳出に占める社会保障費の割合の推移

(億円)

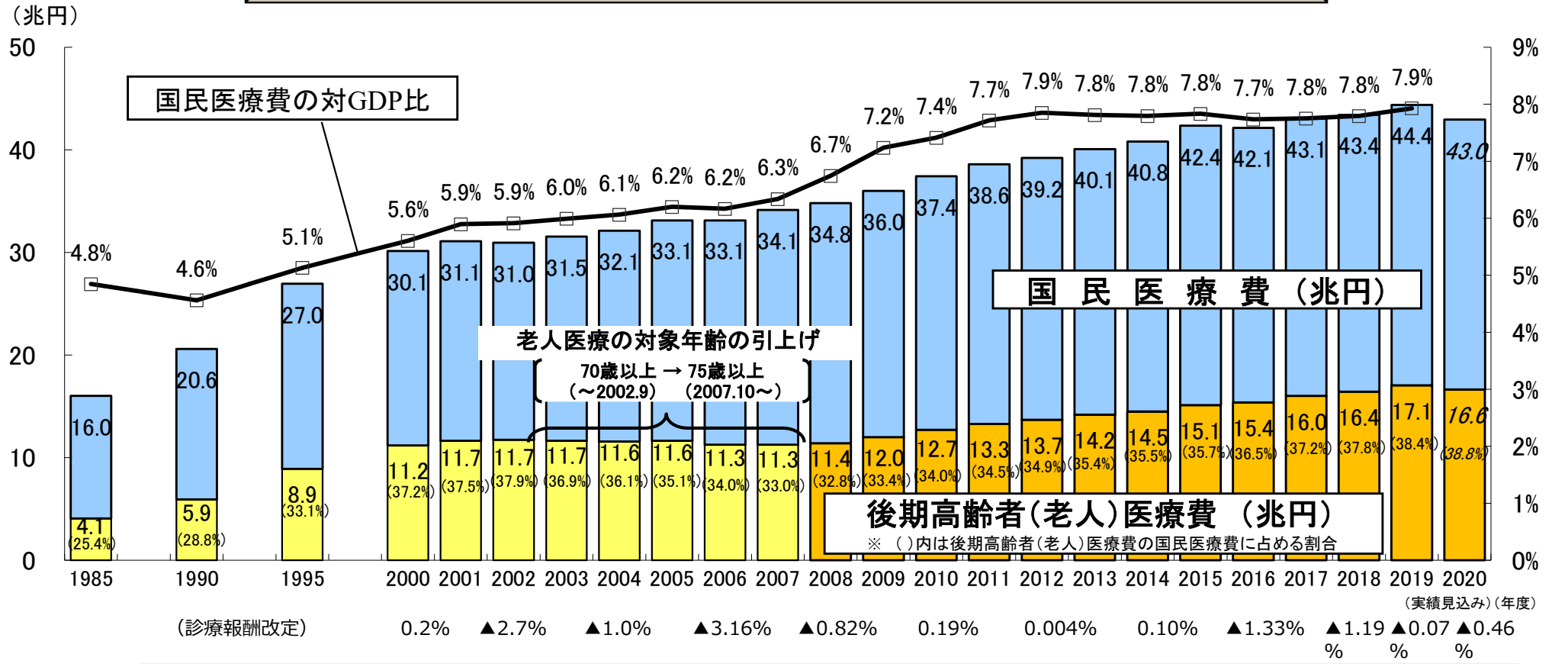
年度	歳出総額	一般歳出	社会保障関係費
2022	1,075,946	673,746 (100%)	<b>362,735 (約54%)</b>
2021	1,066,097	669,020 (100%)	<b>358,421 (約54%)</b>
2015	963,420	573,555 (100%)	315,297 (約55%)
2010	922,992	534,542 (100%)	272,686 (約51%)

# 主要税目の税収（一般会計分）の推移





# 医療費の動向



## <対前年度伸び率>

	1985	1990	1995	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
	(S60)	(H2)	(H7)	(H12)	(H13)	(H14)	(H15)	(H16)	(H17)	(H18)	(H19)	(H20)	(H21)	(H22)	(H23)	(H24)	(H25)	(H26)	(H27)	(H28)	(H29)	(H30)	(R1)	(R2)
国民医療費	6.1	4.5	4.5	▲1.8	3.2	▲0.5	1.9	1.8	3.2	▲0.0	3.0	2.0	3.4	3.9	3.1	1.6	2.2	1.9	3.8	▲0.5	2.2	0.8	2.3	▲3.2
後期高齢者(老人)医療費	12.7	6.6	9.3	▲5.1	4.1	0.6	▲0.7	▲0.7	0.6	▲3.3	0.1	1.2	5.2	5.9	4.5	3.0	3.6	2.1	4.4	1.6	4.2	2.5	3.8	▲2.4
GDP	7.2	8.6	2.7	1.2	▲1.8	▲0.8	0.6	0.7	0.8	0.6	0.4	▲4.0	▲3.4	1.5	▲1.1	0.1	2.6	2.2	2.8	0.8	2.0	0.1	0.5	—

注1 GDPは内閣府発表の国民経済計算による。

注2 2020年度の国民医療費(及び後期高齢者医療費。以下同じ。)は実績見込みである。2020年度分は、2019年度の国民医療費に2020年度の概算医療費の伸び率(上表の斜字体)を乗じることによって推計している。

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

# 4. 社会保障と税の一体改革・ 全世代型社会保障構築会議

# 社会保障に関する議論の経緯①

平成20年 **社会保障国民会議** ～ 持続可能性から社会保障の機能強化へ

→ 「持続可能な社会保障構築とその安定財源確保に向けた中期プログラム」(H20.12)

→ 平成21年度税制改正法附則第104条(H21.3)

「政府は、基礎年金の国庫負担割合の2分の1への引上げのための財源措置並びに年金、医療及び介護の社会保障給付並びに少子化に対処するための施策に要する費用の見通しを踏まえつつ、(中略)遅滞なく、かつ、段階的に消費税を含む税制の抜本改革を行うため、平成23年度までに必要な法制上の措置を講ずるものとする」

平成21年 **安心社会実現会議** ～ 安心と活力の両立

政府・与党における検討

平成22年10月 政府・与党社会保障改革検討本部

平成22年12月 「社会保障改革の推進について」(閣議決定)

「社会保障の安定・強化のための具体的な制度改革案とその必要財源を明らかにするとともに、必要財源の安定的確保と財政健全化を同時に達成するための税制改革について一体的に検討を進め、その実現に向けた工程表とあわせ、23年半ばまでに成案を得、国民的な合意を得た上でその実現を図る」

平成23年2月～7月: 社会保障改革に関する集中検討会議

- 社会保障・税一体改革成案(平成23年6月30日政府・与党社会保障改革検討本部決定。7月1日閣議報告)
- 社会保障・税一体改革素案(平成24年1月6日政府・与党社会保障改革本部決定・閣議報告)

## 社会保障に関する議論の経緯②

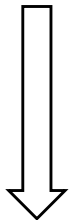


平成24年2月17日：社会保障・税一体改革大綱閣議決定



- 大綱に基づく法案作成 ⇒ 与党審査

5月～：社会保障・税一体改革関連法案の国会審議



社会保障制度改革推進法（自民党・民主党・公明党の3党合意に基づく議員立法）

- 社会保障改革の「基本的な考え方」、年金、医療、介護、少子化対策の4分野の「改革の基本方針」を明記
- 社会保障制度改革国民会議の設置を規定

8月：税制抜本改革法（消費税率の引上げ）／子ども・子育て支援関連3法／年金関連4法 が成立

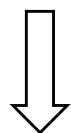
平成24年11月～：社会保障制度改革国民会議（委員は15名の有識者により構成（会長：清家篤 慶應義塾長））



- 社会保障制度改革推進法により設置され、20回にわたり議論
- 総論のほか、少子化、医療、介護、年金の各分野の改革の方向性を提言

平成25年8月6日：国民会議報告書とりまとめ

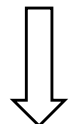
10月15日：社会保障制度改革プログラム法案の提出



社会保障改革プログラム法案（社会保障制度改革の全体像・進め方を明らかにする法律案）の提出

- 社会保障4分野の講ずべき改革の措置等について、スケジュール等を規定
- 改革推進体制の整備等について規定

12月5日：社会保障制度改革プログラム法の成立、同13日：公布・施行

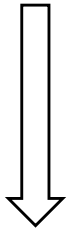


# 社会保障に関する議論の経緯③



## 平成26年の通常国会以降：順次、個別法改正案の提出

- 平成26年の通常国会では、医療法・介護保険法等の改正法案、難病対策・小児慢性特定疾病対策の法案、次世代育成支援対策推進法等の改正法案、雇用保険法の改正法案を提出し、成立。
- 平成27年通常国会には、医療保険制度改革のための法案を提出し、成立。
- 平成28年臨時国会では、年金改革法案、年金受給資格期間短縮法案を提出し、成立。
- 平成29年通常国会では、地域包括ケア強化法案を提出し、成立。



## 平成29年12月8日：新しい経済政策パッケージ閣議決定

- 消費税率10%への引上げによる財源を活用し、以下の取組を実施。
  - ・ 待機児童の解消（保育の受け皿拡大、保育士の処遇改善）
  - ・ 幼児教育・保育の無償化
  - ・ 介護人材の処遇改善
  - ・ 高等教育の無償化



## 令和元年9月～ 全世代型社会保障検討会議

## 令和3年11月～ 全世代型社会保障構築会議

## 令和4年12月16日：全世代型社会保障構築会議報告書とりまとめ

- こども・子育て支援の充実
- 働き方に中立的な社会保障制度等の構築
- **医療・介護制度の改革**
- 「地域共生社会」の実現

## 社会保障制度改革国民会議 委員

(平成25年4月19日現在)

- 伊藤 元重 東京大学大学院経済学研究科教授
- 遠藤 久夫 学習院大学経済学部長
- 大島 伸一 国立長寿医療研究センター総長
- 大日向雅美 恵泉女学園大学大学院平和学研究科教授
- 権丈 善一 慶應義塾大学商学部教授
- 駒村 康平 慶應義塾大学経済学部教授
- 榊原 智子 読売新聞東京本社編集局社会保障部次長
- 神野 直彦 東京大学名誉教授
- ◎清家 篤 慶應義塾長
- 永井 良三 自治医科大学学長
- 西沢 和彦 日本総合研究所調査部上席主任研究員
- 増田 寛也 野村総合研究所顧問
- 宮武 剛 目白大学大学院生涯福祉研究科客員教授
- 宮本 太郎 中央大学法学部教授
- 山崎 泰彦 神奈川県立保健福祉大学名誉教授

◎は会長、○は会長代理

### 一体改革の意義(清家 篤氏コメント抜粋)

一つは給付と負担を一体で考えたことです。  
(中略)

二つめは、給付と負担を一体で考えると同時に、給付も一体で考えたこと。特に医療と介護の給付を一体で考えたことです。  
(中略)

三つめは、いま注目されるようになった全世代型の給付ということです。  
(中略)

四つめは、制度の問題というよりもっと合意そのものの意義で、一体改革が3党の合意によって成立したことです。

(社会保険旬報 No. 2734 2019. 1. 1 より抜粋)

# 社会保障制度改革国民会議報告書

平成25年8月6日

社会保障制度改革国民会議

(社会保障制度改革国民会議報告書抜粋)

## II 医療・介護分野の改革

### 1 改革が求められる背景と社会保障制度改革国民会議の使命

#### (1) 改革が求められる背景(抜粋)

■ 人口当たりの病床数は諸外国と比べて多いものの、急性期・回復期・慢性期といった病床の機能分担は不明確であり、さらに、医療現場の人員配置は手薄であり、病床当たりの医師・看護職員数が国際標準よりも少なく過剰労働が常態化していること、この現実が、医療事故のリスクを高め、一人一人の患者への十分な対応を阻んでいることが指摘されていた。提供されている医療の総体が不十分・非効率なものになっているという典型的な合成の誤謬ともいえるべき問題が指摘されていたのであり、問題の根は個々のサービス提供者にあるのではない以上、ミクロの議論を積み上げるのでは対応できず、システムの変革そのもの、具体的には「選択と集中」による提供体制の「構造的な改革」が必要となる。

### 1 改革が求められる背景と社会保障制度改革国民会議の使命

#### (3) 改革の方向性(抜粋)

■ 日本のように民間が主体となって医療・介護サービスを担っている国では、提供体制の改革は、提供者と政策当局との信頼関係こそが基礎になるべきである。日本の提供体制への診療報酬・介護報酬による誘導は、確かにこれまで効き過ぎるとも言えるほどに効いてきた面があり、政策当局は、過去、そうした手段に頼って政策の方向を大きく転換することもあった。だが、そのような転換は、医療・介護サービスを経営する側からは梯子を外されるにも似た経験にも見え、経営上の不確実性として記憶に刻まれることになる。



# 社会保障制度改革国民会議報告書

平成25年8月6日

社会保障制度改革国民会議

(社会保障制度改革国民会議報告書抜粋)

## II 医療・介護分野の改革

### 1 改革が求められる背景と社会保障制度改革国民会議の使命

#### (3) 改革の方向性(抜粋)

■ 急性期から亜急性期、回復期等まで、患者が状態に見合った病床でその状態にふさわしい医療を受けることができるよう、急性期医療を中心に人的・物的資源を集中投入し、入院期間を減らして早期の家庭復帰・社会復帰を実現するとともに、受け皿となる地域の病床や在宅医療・在宅介護を充実させていく必要がある。この時、機能分化した病床機能にふさわしい設備人員体制を確保することが大切であり、病院のみならず地域の診療所をもネットワークに組み込み、医療資源として有効に活用していくことが必要となる。

■ 今般の国民会議の議論を通じて、地域により人口動態ひいては医療・介護需要のピークの時期や程度が大きく異なり、医療・介護資源の現状の地域差も大きい実態が浮かび上がり、医療・介護の在り方を地域ごとに考えていく「ご当地医療」の必要性が改めて確認された。

# 社会保障制度改革国民会議報告書

平成25年8月6日

社会保障制度改革国民会議

(社会保障制度改革国民会議報告書抜粋)

## II 医療・介護分野の改革

### 2 医療・介護サービスの提供体制改革

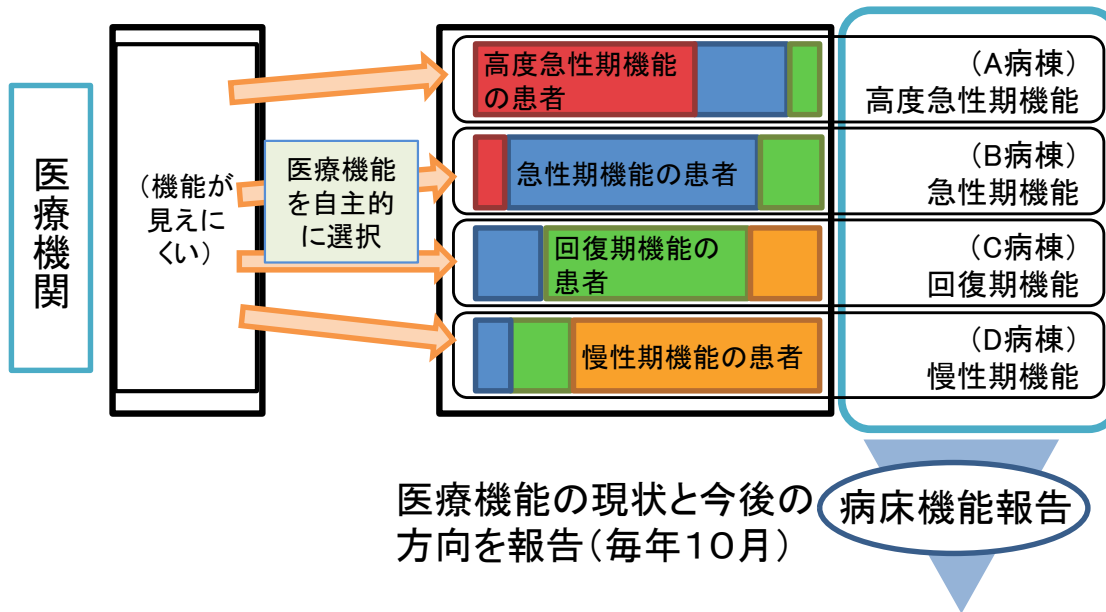
#### (4) 医療と介護の連携と地域包括ケアシステム(抜粋)

■ 今後、認知症高齢者の数が増大するとともに、高齢の単身世帯や夫婦のみ世帯が増加していくことを踏まえれば、地域で暮らしていくために必要な様々な生活支援サービスや住まいが、家族介護者を支援しつつ、本人の意向と生活実態に合わせて切れ目なく継続的に提供されることも必要であり、地域ごとの医療・介護・予防・生活支援・住まいの継続的で包括的なネットワーク、すなわち地域包括ケアシステムづくりを推進していくことも求められている。

■ この地域包括ケアシステムは、介護保険制度の枠内では完結しない。例えば、介護ニーズと医療ニーズを併せ持つ高齢者を地域で確実に支えていくためには、訪問診療、訪問口腔ケア、訪問看護、訪問リハビリテーション、訪問薬剤指導などの在宅医療が、不可欠である。自宅だけでなく、高齢者住宅に居ても、グループホームや介護施設その他どこに暮らしていても必要な医療が確実に提供されるようにしなければならず、かかりつけ医の役割が改めて重要となる。そして、医療・介護サービスが地域の中で一体的に提供されるようにするためには、医療・介護のネットワーク化が必要であり、より具体的に言えば、医療・介護サービスの提供者間、提供者と行政間など様々な関係者間で生じる連携を誰がどのようにマネージしていくかということが重要となる。

# 地域医療構想について

- 今後の人口減少・高齢化に伴う医療ニーズの質・量の変化や労働力人口の減少を見据え、質の高い医療を効率的に提供できる体制を構築するためには、医療機関の機能分化・連携を進めていく必要。
- こうした観点から、各地域における2025年の医療需要と病床の必要量について、医療機能(高度急性期・急性期・回復期・慢性期)ごとに推計し、「**地域医療構想**」として策定。  
 その上で、各医療機関の足下の状況と今後の方向性を「**病床機能報告**」により「見える化」しつつ、各構想区域に設置された「**地域医療構想調整会議**」において、病床の機能分化・連携に向けた協議を実施。



- (「地域医療構想」の内容)
1. 2025年の医療需要と病床の必要量
    - ・高度急性期・急性期・回復期・慢性期の4機能ごとに医療需要と病床の必要量を推計
    - ・在宅医療等の医療需要を推計
    - ・都道府県内の構想区域(二次医療圏が基本)単位で推計
  2. 目指すべき医療提供体制を実現するための施策例) 医療機能の分化・連携を進めるための施設設備、在宅医療等の充実、医療従事者の確保・養成等

都道府県

医療機能の報告等を活用し、「地域医療構想」を策定し、更なる機能分化を推進

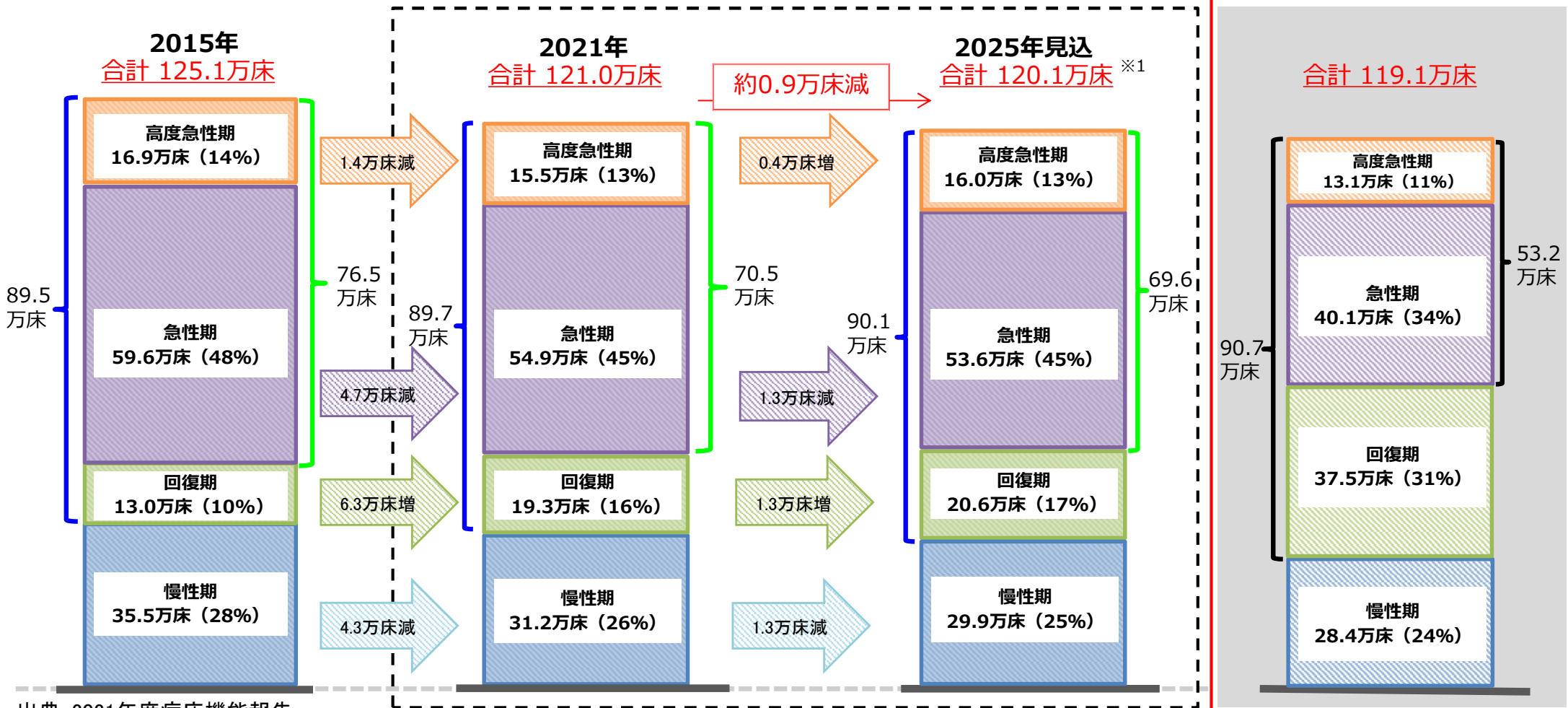
- 機能分化・連携については、「**地域医療構想調整会議**」で議論・調整。

# 2021年度病床機能報告について

2015年度病床機能報告  
(各医療機関が病棟単位で報告) ※6

2021年度病床機能報告  
(各医療機関が病棟単位で報告) ※6

地域医療構想における2025年の病床の必要量  
(入院受療率や推計人口から算出した2025年の医療需要に基づく推計(平成28年度末時点) ) ※4 ※6



出典: 2021年度病床機能報告

※1: 2021年度病床機能報告において、「2025年7月1日時点における病床の機能の予定」として報告された病床数

※2: 対象医療機関数及び報告率が異なることから、年度間比較を行う際は留意が必要

(報告医療機関数/対象医療機関数(報告率)) 2015年度病床機能報告: 13,863/14,538(95.4%)、2021年度病床機能報告: 12,484/12,891(96.8%)

※3: 端数処理をしているため、病床数の合計値が合わない場合や、機能ごとの病床数の割合を合計しても100%にならない場合がある

※4: 平成25年度(2013年度)のNDBのレセプトデータ及びDPCデータ、国立社会保障・人口問題研究所『日本の地域別将来推計人口(平成25年(2013年)3月中位推計)』等を用いて推計

※5: 高度急性期のうちICU及びHCUの病床数(\*): 19,645床(参考 2020年度病床機能報告: 18,482床)

\*救命救急入院料1~4、特定集中治療室管理料1~4、ハイケアユニット管理料1・2のいずれかの届出を行っている届出病床数

※6: 病床機能報告の集計結果と将来の病床の必要量は計算方法が異なることから、単純に比較するのではなく、詳細な分析や検討を行った上で地域医療構想調整会議で協議を行うことが重要。

# 第8次医療計画の策定に向けた検討体制

令和4年3月4日 第7回第8次医療計画等に関する検討会 資料1

- 第8次医療計画の策定に向け、「第8次医療計画等に関する検討会」を立ち上げて検討。
- 現行の医療計画における課題等を踏まえ、特に集中的な検討が必要な項目については、本検討会の下に、以下の4つのワーキンググループを立ち上げて議論。
- 新興感染症等への対応に関し、感染症対策（予防計画）に関する検討の場と密に連携する観点から、双方の検討会・検討の場の構成員が合同で議論を行う機会を設定。

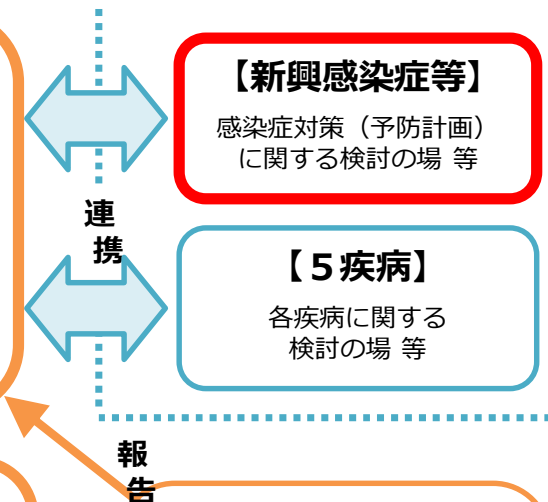
## 第8次医療計画等に関する検討会

- 医療計画の作成指針（新興感染症等への対応を含む5疾病6事業・在宅医療等）
- 医師確保計画、外来医療計画、地域医療構想 等

※具体的には以下について検討する

- ・医療計画の総論（医療圏、基準病床数等）について検討
- ・各検討の場、WGの検討を踏まえ、5疾病6事業・在宅医療等について総合的に検討
- ・各WGの検討を踏まえ、地域医療構想、医師確保計画、外来医療計画について総合的に検討

※医師確保計画及び外来医療計画については、これまで「医師需給分科会」で議論してきており、次期計画の策定に向けた議論については、本検討会で議論。



### 地域医療構想及び医師確保計画に関するWG

- 以下に関する詳細な検討
- ・医師の適正配置の観点を含めた医療機能の分化・連携に関する推進方針
- ・地域医療構想ガイドライン
- ・医師確保計画ガイドライン 等

### 外来機能報告等に関するWG

- 以下に関する詳細な検討
- ・医療資源を重点的に活用する外来
- ・外来機能報告
- ・地域における協議の場
- ・医療資源を重点的に活用する外来を地域で基幹的に担う医療機関 等

### 在宅医療及び医療・介護連携に関するWG

- 以下に関する詳細な検討
- ・在宅医療の推進
- ・医療・介護連携の推進 等

### 救急・災害医療提供体制等に関するWG

- 以下に関する詳細な検討
- ・第8次医療計画の策定に向けた救急医療提供体制の在り方
- ・第8次医療計画の策定に向けた災害医療提供体制の在り方 等

報告

\* へき地医療、周産期医療、小児医療については、第7次医療計画の策定に向けた検討時と同様、それぞれ、以下の場で専門的な検討を行った上で、「第8次医療計画等に関する検討会」に報告し、協議を進める予定。

・へき地医療  
厚生労働科学研究の研究班

・周産期医療、小児医療  
有識者の意見交換

# 全世代型社会保障の検討体制について

## 全世代型社会保障構築本部 (総理・関係閣僚)

本部長:総理  
副本部長:全世代型社会保障改革担当大臣  
本部員:官房長官、総務大臣、財務大臣、厚労大臣、少子化担当大臣  
男女共同参画担当大臣

## 全世代型社会保障構築会議 (全世代型社会保障改革担当大臣(主宰)・有識者)

※令和3年11月9日に第1回を合同開催、  
令和4年3月9日に第2回、  
令和4年3月29日に第3回、  
令和4年4月26日に第4回、  
令和4年5月17日に第5回を開催。

### 有識者

秋田喜代美 学習院大学文学部教授	権丈善一 慶應義塾大学商学部教授	田辺国昭 国立社会保障・人口問題研究所所長
落合陽一 メディアアーティスト	國土典宏 国立国際医療研究センター理事長	土居丈朗 慶應義塾大学経済学部教授
笠木映里 東京大学大学院法学政治学研究科教授	◎清家 篤 日本私立学校振興・共済事業団	沼尾波子 東洋大学国際学部国際地域学科教授
香取照幸 上智大学総合人間科学部教授/ 一般社団法人未来研究所副代表理事	理事/慶應義塾学事顧問	○増田寛也 東京大学公共政策大学院客員教授
菊池馨実 早稲田大学法学学術院教授	高久玲音 一橋大学経済学研究科准教授	水島郁子 大阪大学理事・副学長
熊谷亮丸 株式会社大和総研副理事長	武田洋子 三菱総合研究所研究理事 シンクタンク部門 副部門長(兼)政策・経済センター長	横山 泉 一橋大学大学院経済学研究科准教授

(五十音順 敬称略) ◎:座長 ○:座長代理

## 公的価格評価検討委員会

※令和3年11月9日に第1回を合同開催、  
令和3年12月3日に第2回、  
令和3年12月21日に第3回、  
令和4年3月15日に第4回を開催。

### 有識者

秋田喜代美 学習院大学文学部教授	権丈善一 慶應義塾大学商学部教授	田辺国昭 国立社会保障・人口問題研究所所長
菊池馨実 早稲田大学法学学術院教授	○武田洋子 三菱総合研究所研究理事 シンクタンク部門 副部門長(兼)政策・経済センター長	◎増田寛也 東京大学公共政策大学院客員教授

(五十音順 敬称略) ◎:座長 ○:座長代理

## 全世代型社会保障の基本的考え方

### 1. 目指すべき社会の将来方向

#### ①「少子化・人口減少」の流れを変える

- ・少子化・人口減少の進行は、経済活動における供給（生産）及び需要（消費）の縮小、社会保障機能の低下をもたらし、経済社会を「縮小スパイラル」に突入させる、国の存続そのものにかかわる問題
- ・子どもを生み育てたいという個人の希望を叶えることは、個人の幸福追求の支援のみならず、少子化・人口減少の流れを大きく変え、経済と社会保障の持続可能性を高め、「成長と分配の好循環」を実現する上で社会全体にも大きな福音
- 最も緊急を要する取組は、「未来への投資」として、子育て・若者世代への支援を急速かつ強力に整備すること。子育て費用を社会全体で分かち合い、子どもを生み育てたいと希望する全ての人が、安心して子育てができる環境の整備が急務

#### ② これからも続く「超高齢社会」に備える

- ・働き方に中立的な社会保障制度を構築し、女性や高齢者を含め、経済社会の支え手となる労働力を確保する
- ・社会保障を能力に応じて皆で支える仕組みを構築し、医療・介護・福祉等のニーズの変化に的確に対応する

#### ③「地域の支え合い」を強める

- ・独居者の増加、就職氷河期世代の高齢化、孤独・孤立の深刻化等を見据え、人々が地域社会との中で安心して生活できる社会の構築が必要

### 2. 全世代型社会保障の基本理念

#### ①「将来世代」の安心を保障する

「全世代」は、これから生まれる「将来世代」も含む。彼らの安心のためにも、負担を先送りせず、同時に、給付の不断の見直しが必要。

#### ②能力に応じて、全世代が支え合う

年齢に関わらず、全ての国民が、能力に応じて負担し、支え合うことで人生のステージに応じ、必要な保障の提供を目指す。

#### ③個人の幸福とともに、社会全体を幸福にする

社会保障は、リスク等に社会全体で備え、個人の幸福増進を図るとともに、健康寿命の延伸等により社会全体も幸福にする。

#### ④制度を支える人材やサービス提供体制を重視する

人材確保・育成や働き方改革、処遇改善、生産性向上、業務効率化に加え、医療・介護ニーズ等を踏まえたサービス提供体制の構築が必要。

#### ⑤社会保障のDXに積極的に取り組む

社会保障給付事務の効率化、新サービスの創造等のため、社会保障全体におけるデジタル技術の積極的な活用を図ることが重要。

### 3. 全世代型社会保障の構築に向けての取組

#### ○ 時間軸の視点

2040年頃までを視野に入れつつ、足元の短期的課題とともに、当面の2025年や2030年を目指した中長期的な課題について、「時間軸」を持って取組を進めていくことが重要。（「今後の改革の工程」を提示。）

#### ○ 地域軸の視点

社会保障ニーズや活用可能資源の地域的差異を考慮し、地域に応じた解決の手法や仕組みを考案することが重要。

### 3. 医療・介護制度の改革

#### (1) 基本的方向

- 超高齢社会への備えを確かなものとするとともに、人口減少に対応していく観点から、医療・介護制度の改革を前に進めることが喫緊の課題。特に、2025年までに75歳以上の後期高齢者の割合が急激に高まることを踏まえ、負担能力に応じて、全ての世代で、増加する医療費を公平に支え合う仕組みを早急に構築する必要がある。
- 限りある資源を有効に活用しながら、地域における医療・介護ニーズの増大に的確に対応する。全ての国民が、それぞれの地域において、質の高い医療・介護サービスを必要に応じて受けることのできる体制を確保していく観点から、医療の機能分化と連携の更なる推進、医療・介護人材の確保等に力を注ぐ。

#### (2) 取り組むべき課題

##### ① 医療保険制度

- ・ 後期高齢者医療制度の保険料負担の在り方の見直し（後期高齢者の保険料負担と現役世代の支援金について、一人当たりの伸び率が均衡するよう見直し。高齢者の保険料負担については低所得層に配慮しつつ、賦課限度額、所得割率を引上げ） ☆
- ・ 被用者保険者間の格差是正（健保組合への更なる支援を行いつつ、前期高齢者の財政調整に部分的に「報酬水準に応じた調整」を導入） ☆
- ・ 引き続き、給付の在り方、給付と負担のバランスを含めた不断の見直し。また、都道府県の役割について検討を深めていく必要。

##### ② 医療提供体制

- ・ サービス提供体制の改革に向けた主な課題（都道府県の責務の明確化等による地域医療構想の推進、医療法人の経営情報のデータベースの構築などの医療法人改革等）
- ・ かかりつけ医機能が発揮される制度整備（今後の高齢者人口の更なる増加と人口減少を見据え、かかりつけ医機能が発揮される制度整備は不可欠であり、早急な実現を目指す。その際には、国民・患者から見て、一人ひとりが受ける医療サービスの質の向上につながるものとする必要がある。） ☆

##### ③ 介護

- ・ 地域包括ケアシステムの深化・推進
- ・ 次の計画期間に向けた改革
  - － 介護現場の生産性向上と働く環境の改善 ★
  - － 介護保険の持続可能性の確保のため、「骨太の方針2022」等で指摘された課題について来年度の「骨太の方針」に向けて検討 ★

##### ④ 医療・介護分野等におけるDXの推進 ★

- ・ 医療・介護分野の関連データの積極的な利活用の推進
- ・ 医療DXの実装化

#### (3) 今後の改革の工程

##### ① 足元の課題

- ・ (2) ☆の項目
- ・ 医療法人改革の推進、医療介護間での情報連携

##### ② 来年、早急に検討を進めるべき項目

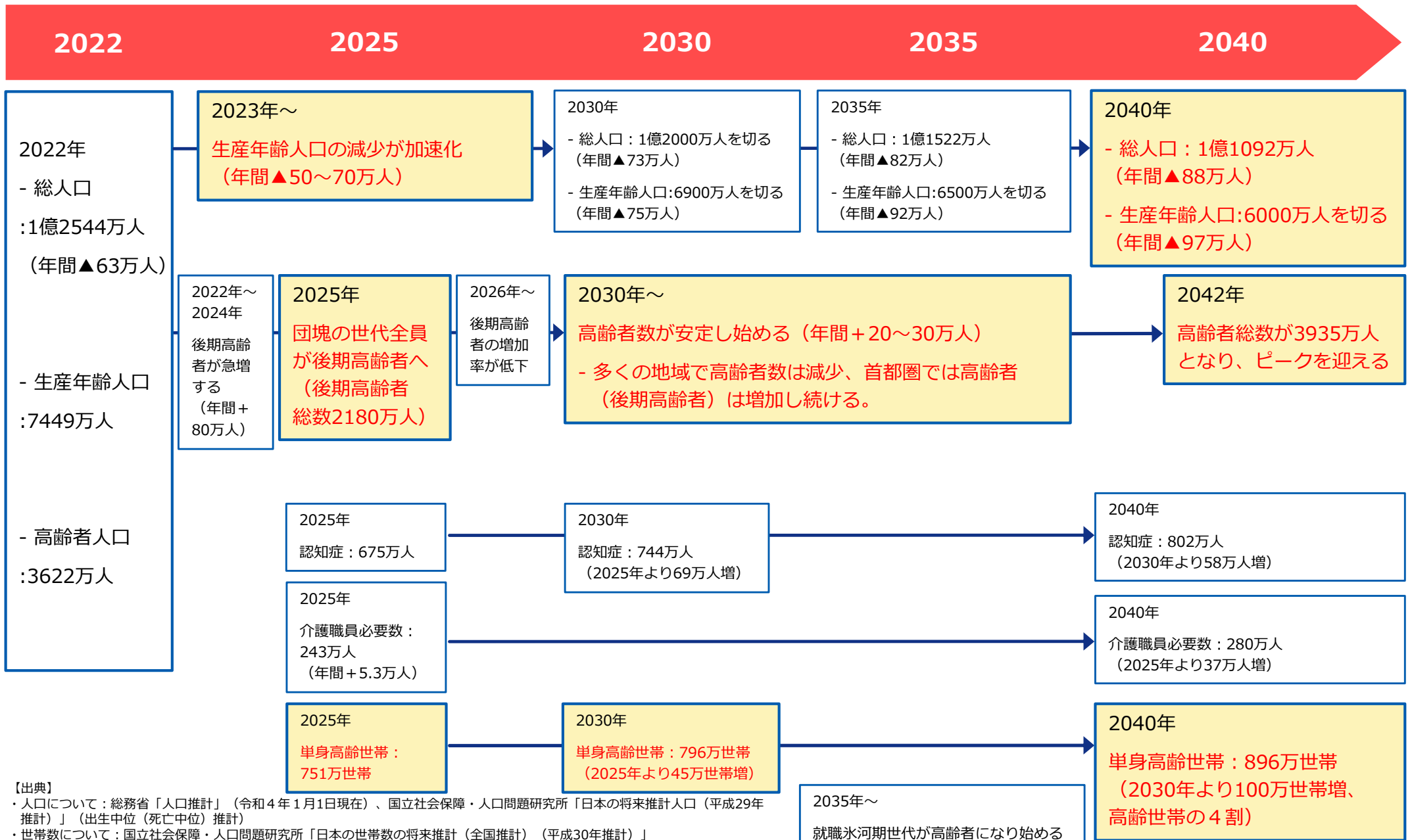
- ・ 更なる医療制度改革（かかりつけ医機能の制度整備の実施に向けた具体化、地域医療構想の実現に向けた更なる取組、診療報酬・薬価改定に向けた検討）
- ・ (2) ★の項目

##### ③ 2025年度までに取り組むべき項目

- ・ 医療保険及び介護保険における負担能力に応じた負担と給付の内容の不断の見直し
- ・ 本格的な人口減少期に向けた地域医療構想の見直し、実効性の確保
- ・ 地域包括ケアの実現に向けた提供体制の整備と効率化・連携強化



# 2040年までの人口等に関する短期・中期・長期の見通し



【出典】

- 人口について：総務省「人口推計」（令和4年1月1日現在）、国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口（平成29年推計）」（出生中位（死亡中位）推計）
- 世帯数について：国立社会保障・人口問題研究所「日本の世帯数の将来推計（全国推計）（平成30年推計）」
- 認知症について：厚生労働科学研究費補助金厚生労働科学特別研究事業「日本における認知症の高齢者人口の将来推計に関する研究」（研究代表者：二宮利治（平成27年3月））。各年齢の認知症有病率が一定の場合の将来推計。
- 介護職員数の必要数について：市町村により第8期介護保険事業計画に位置づけられたサービス見込み量（総合事業を含む）等に基づく都道府県による推計値を集計したもの。

# かかりつけ医機能が発揮される制度整備

## 趣旨

- かかりつけ医機能については、これまで医療機能情報提供制度における国民・患者への情報提供や診療報酬における評価を中心に取組まれてきた。一方で、医療計画等の医療提供体制に関する取組はこれまで行われていない。
- 今後、複数の慢性疾患や医療と介護の複合ニーズを有することが多い高齢者の更なる増加と生産年齢人口の急減が見込まれる中、地域によって大きく異なる人口構造の変化に対応して、「治す医療」から「治し、支える医療」を実現していくためには、これまでの地域医療構想や地域包括ケアの取組に加え、かかりつけ医機能が発揮される制度整備を進める必要がある。
- その際には、国民・患者から見て、一人ひとりが受ける医療サービスの質の向上につながるものとする必要があることから、
  - ・ 国民・患者が、そのニーズに応じてかかりつけ医機能を有する医療機関を適切に選択できるための情報提供を強化し、
  - ・ 地域の実情に応じて、各医療機関が機能や専門性に応じて連携しつつ、自らが担うかかりつけ医機能の内容を強化することで、地域において必要なかかりつけ医機能を確保するための制度整備を行う。

## 概要

### **(1) 医療機能情報提供制度の刷新（令和6年4月施行）**

- ・ かかりつけ医機能（「身近な地域における日常的な診療、疾病の予防のための措置その他の医療の提供を行う機能」と定義）を十分に理解した上で、自ら適切に医療機関を選択できるよう、医療機能情報提供制度による国民・患者への情報提供の充実・強化を図る。

### **(2) かかりつけ医機能報告の創設（令和7年4月施行）**

- ・ 慢性疾患を有する高齢者その他の継続的に医療を必要とする者を地域で支えるために必要なかかりつけ医機能（①日常的な診療の総合的・継続的实施、②在宅医療の提供、③介護サービス等との連携など）について、各医療機関から都道府県知事に報告を求めることとする。
- ・ 都道府県知事は、報告を受けたかかりつけ医機能の確保に係る体制を有する医療機関について確認・公表する。
- ・ 都道府県知事は、外来医療に関する地域の関係者との協議の場で、必要な機能を確保する具体的方策を検討・公表する。

### **(3) 患者に対する説明（令和7年4月施行）**

- ・ 都道府県知事による（2）の確認を受けた医療機関は、慢性疾患を有する高齢者に在宅医療を提供する場合など外来医療で説明が特に必要な場合であって、患者が希望する場合に、かかりつけ医機能として提供する医療の内容について電磁的方法又は書面交付により説明するよう努める。

# かかりつけ医機能が発揮される制度整備の骨格

- 国民・患者はそのニーズに応じて医療機能情報提供制度等を活用して、かかりつけ医機能を有する医療機関を選択して利用。
- 医療機関は地域のニーズや他の医療機関との役割分担・連携を踏まえつつ、かかりつけ医機能の内容を強化。

## 国民・患者の医療ニーズ

- ◆ 日常的によくある疾患への幅広い対応
- ◆ 休日・夜間の対応
- ◆ 入院先の医療機関との連携、退院時の受入
- ◆ 在宅医療
- ◆ 介護サービス等との連携 等

## 制度整備の内容

### 医療機能情報提供制度の刷新

- 医療機関は、国民・患者による医療機関の選択に役立つわかりやすい情報及び医療機関間の連携に係る情報を都道府県知事に報告
  - ① 情報提供項目の見直し
  - ② 全国統一のシステムの導入

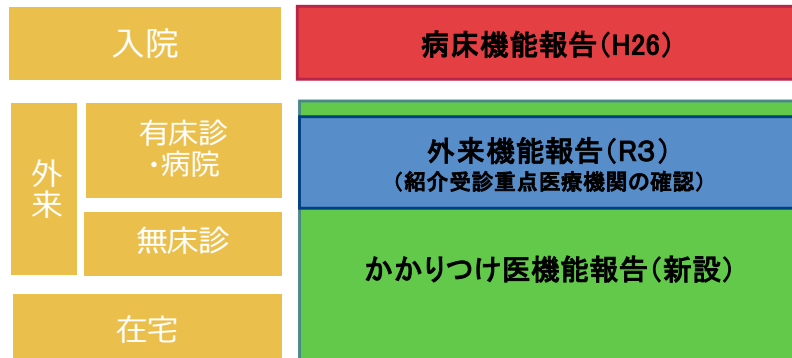
### かかりつけ医機能報告による機能の確保

- 慢性疾患を有する高齢者等を地域で支えるために必要なかかりつけ医機能について、医療機関から都道府県知事に報告。
- 都道府県知事は、報告を受けたかかりつけ医機能の確保に係る体制を有する医療機関について確認・公表（※）。
- あわせて、外来医療に関する地域の協議の場で「かかりつけ医機能」を確保する具体的方策を検討・公表。

※ 医師により継続的な管理が必要と判断される患者に対して、医療機関が、提供するかかりつけ医機能の内容を説明することとする。

### 医療機能情報提供制度（H18）

イメージ図



## 5. 令和4年度診療報酬改定

## 近年の診療報酬・薬価等改定率の推移

	診療報酬		薬価等	【参考】診療報酬＋薬価等
平成18年度	▲1.36%		▲1.8%	▲3.16%
平成20年度	+0.38%		▲1.2%	▲0.82%
平成22年度	+1.55%		▲1.36%	+0.19%
平成24年度	+1.379%		▲1.375%	+0.004%
平成26年度	通常改定分	+0.1%	▲1.36%	▲1.26%
	消費税対応分	+0.63%	+0.73%	+1.36%
	合計	+0.73%	▲0.63%	+0.1%
平成28年度	+0.49%		▲1.82% <small>(うち、市場拡大再算定の特例分等 ▲0.29%、実勢価等改定分▲1.52%※1)</small>	▲1.33% <small>(実勢価等改定分で計算すると、 ▲1.03%)</small>
平成30年度	+0.55%		▲1.74% <small>(うち、市場拡大再算定の特例分等 ▲0.29%、実勢価等改定分▲1.45%)</small>	▲1.19% <small>(実勢価等改定分で計算すると、 ▲0.9%)</small>
令和元年度 <small>(消費税率引上げに伴う対応)</small>	通常改定分	±0%	▲0.95%	▲0.95%
	消費税対応分	+0.41%	+0.47%	+0.88%
	合計	+0.41%	▲0.48%	▲0.07%
令和2年度	+0.55% <small>(① ②を除く改定分 +0.47% ② 働き方改革のための特例的な対応 +0.08%)</small>		▲1.01% <small>(うち、市場拡大再算定の見直し等▲0.01% 実勢価等改定分※2▲1.00%)</small>	▲0.46% <small>(実勢価等改定分※2で計算すると、 ▲0.45%)</small>
令和4年度	+0.43% <small>(① ②～⑤を除く改定分 +0.23% ② 看護の処遇改善のための特例的な対応 +0.20% ③ リフィル処方箋の導入・活用促進による効率化 ▲0.10% ④ 不妊治療の保険適用のための特例的な対応 +0.20% ⑤ 小児の感染防止対策に係る加算措置(医科分)の期限到来 ▲0.10%)</small>		▲1.37% <small>(うち、実勢価等改定分▲1.46% 不妊治療の保険適用のための特例的な対応 +0.09%)</small>	▲0.94%

※1 市場拡大再算定(通常分)を除くと、▲1.33% ※2 令和元年度改定の平年度化効果分を含む

# 令和4年度診療報酬改定について

## 診療報酬改定

### 1. 診療報酬 +0.43%

※1 うち、※2～5を除く改定分 +0.23%

各科改定率 医科 +0.26%

歯科 +0.29%

調剤 +0.08%

※2 うち、看護の処遇改善のための特例的な対応 +0.20%

※3 うち、リフィル処方箋（反復利用できる処方箋）の導入・活用促進による効率化 ▲0.10%（症状が安定している患者について、医師の処方により、医療機関に行かずとも、医師及び薬剤師の適切な連携の下、一定期間内に処方箋を反復利用できる、分割調剤とは異なる実効的な方策を導入することにより、再診の効率化につなげ、その効果について検証を行う）

※4 うち、不妊治療の保険適用のための特例的な対応 +0.20%

※5 うち、小児の感染防止対策に係る加算措置（医科分）の期限到来 ▲0.10%

なお、歯科・調剤分については、感染防止等の必要な対応に充てるものとする。

### 2. 薬価等

① 薬価 ▲1.35%

※1 うち、実勢価等改定 ▲1.44%

※2 うち、不妊治療の保険適用のための特例的な対応 +0.09%

② 材料価格 ▲0.02%

なお、上記のほか、新型コロナ感染拡大により明らかになった課題等に対応するため、良質な医療を効率的に提供する体制の整備等の観点から、次の項目について、中央社会保険医療協議会での議論も踏まえて、改革を着実に進める。

- ・ 医療機能の分化・強化、連携の推進に向けた、提供されている医療機能や患者像の実態に即した、看護配置7対1の入院基本料を含む入院医療の評価の適正化
- ・ 在院日数を含めた医療の標準化に向けた、DPC制度の算定方法の見直し等の更なる包括払いの推進
- ・ 医師の働き方改革に係る診療報酬上の措置について実効的な仕組みとなるよう見直し
- ・ 外来医療の機能分化・連携に向けた、かかりつけ医機能に係る診療報酬上の措置の実態に即した適切な見直し
- ・ 費用対効果を踏まえた後発医薬品の調剤体制に係る評価の見直し
- ・ 薬局の収益状況、経営の効率性等も踏まえた多店舗を有する薬局等の評価の適正化
- ・ OTC類似医薬品等の既収載の医薬品の保険給付範囲の見直しなど、薬剤給付の適正化の観点からの湿布薬の処方の適正化

# 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

# 入院から在宅まで切れ目のない医療を提供するための取組①（機能編）

- **新型コロナウイルス感染症の感染拡大において果たした医療機関の役割等も踏まえ、入院から在宅まで切れ目のない医療を提供する観点から、提供する医療の対象となる患者の病態像や医療の内容に着目し、それらに見合った適切な評価となるよう、見直し・加算の新設等を実施。その際、医療機関の機能に応じた感染対策が実施されるよう、感染対策向上加算1・2・3、外来感染対策向上加算を新設し、取組を推進。**





# 入院から在宅まで切れ目のない医療を提供するための取組②（連携編）

- 新型コロナウイルス感染症の感染拡大において果たした医療機関の役割等も踏まえ、入院から在宅まで切れ目のない医療を提供する観点から、**感染対策向上加算1・2・3、外来感染対策向上加算において求めている医療機関間連携や回リ八病棟の対象病態の拡大、外来在宅共同指導料新設、機能強化型在支病の施設基準への地ケア病棟組込み等の新たな連携強化の取組も活用し、医療機関の連携・機能分化を更に推進する取組の評価を実施。**



## 6. 令和3年度介護報酬改定

# 介護報酬改定の改定率について

改定時期	改定にあたっての主な視点	改定率
平成15年度改定	○ 自立支援の観点に立った居宅介護支援(ケアマネジメント)の確立 ○ 自立支援を指向する在宅サービスの評価 ○ 施設サービスの質の向上と適正化	▲2.3%
平成17年10月改定	○ 居住費(滞在費)に関連する介護報酬の見直し ○ 食費に関連する介護報酬の見直し ○ 居住費(滞在費)及び食費に関連する運営基準等の見直し	
平成18年度改定	○ 中重度者への支援強化 ○ 介護予防、リハビリテーションの推進 ○ 地域包括ケア、認知症ケアの確立 ○ サービスの質の向上 ○ 医療と介護の機能分担・連携の明確化	▲0.5%[▲2.4%] ※[ ]は平成17年10月改定分を含む。
平成21年度改定	○ 介護従事者の人材確保・処遇改善 ○ 医療との連携や認知症ケアの充実 ○ 効率的なサービスの提供や新たなサービスの検証	3.0%
平成24年度改定	○ 在宅サービスの充実と施設の重点化 ○ 自立支援型サービスの強化と重点化 ○ 医療と介護の連携・機能分担 ○ 介護人材の確保とサービスの質の評価(交付金を報酬に組み込む)	1.2%
平成26年度改定	○ 消費税の引き上げ(8%)への対応 ・ 基本単位数等の引上げ ・ 区分支給限度基準額の引上げ	0.63%
平成27年度改定	○ 中重度の要介護者や認知症高齢者への対応の更なる強化 ○ 介護人材確保対策の推進(1.2万円相当) ○ サービス評価の適正化と効率的なサービス提供体制の構築	▲2.27%
平成29年度改定	○ 介護人材の処遇改善(1万円相当)	1.14%
平成30年度改定	○ 地域包括ケアシステムの推進 ○ 自立支援・重度化防止に資する質の高い介護サービスの実現 ○ 多様な人材の確保と生産性の向上 ○ 介護サービスの適正化・重点化を通じた制度の安定性・持続可能性の確保	0.54%
令和元年10月改定	○ 介護人材の処遇改善 ○ 消費税の引上げ(10%)への対応 ・ 基本単位数等の引上げ・区分支給限度基準額や補足給付に係る基準費用額の引上げ	2.13% 処遇改善 1.67% 消費税対応 0.39% 補足給付 0.06%
令和3年度改定	○ 感染症や災害への対応力強化 ○ 地域包括ケアシステムの推進 ○ 自立支援・重度化防止の取組の推進 ○ 介護人材の確保・介護現場の革新 ○ 制度の安定性・持続可能性の確保	介護職員の人材確保・処遇改善にも配慮しつつ、物価動向による物件費への影響など介護事業者の経営を巡る状況等を踏まえ、 0.70%  ※うち、新型コロナウイルス感染症に対応するための特例的な評価 0.05%(令和3年9月末まで)

# 令和3年度介護報酬改定の概要

新型コロナウイルス感染症や大規模災害が発生する中で「**感染症や災害への対応力強化**」を図るとともに、団塊の世代の全てが75歳以上となる2025年に向けて、2040年も見据えながら、「**地域包括ケアシステムの推進**」、「**自立支援・重度化防止の取組の推進**」、「**介護人材の確保・介護現場の革新**」、「**制度の安定性・持続可能性の確保**」を図る。

改定率：+0.70% ※うち、新型コロナウイルス感染症に対応するための特例的な評価 0.05%（令和3年9月末までの間）

## 1. 感染症や災害への対応力強化

※各事項は主なもの

■感染症や災害が発生した場合であっても、利用者に必要なサービスが安定的・継続的に提供される体制を構築

### ○日頃からの備えと業務継続に向けた取組の推進

・感染症対策の強化 ・業務継続に向けた取組の強化 ・災害への地域と連携した対応の強化 ・通所介護等の事業所規模別の報酬等に関する対応

## 2. 地域包括ケアシステムの推進

■住み慣れた地域において、利用者の尊厳を保持しつつ、必要なサービスが切れ目なく提供されるよう取組を推進

### ○認知症への対応力向上に向けた取組の推進

・認知症専門ケア加算の訪問サービスへの拡充 ・無資格者への認知症介護基礎研修受講義務づけ

### ○看取りへの対応の充実

・ガイドラインの取組推進 ・施設等における評価の充実

### ○医療と介護の連携の推進

・老健施設の医療ニーズへの対応強化  
・長期入院患者の介護医療院での受入れ推進

### ○在宅サービス、介護保険施設や高齢者住まいの機能・対応強化

・訪問看護や訪問入浴の充実 ・緊急時の宿泊対応の充実 ・個室ユニットの定員上限の明確化

### ○ケアマネジメントの質の向上と公正中立性の確保

・事務の効率化による通減制の緩和 ・医療機関との情報連携強化 ・介護予防支援の充実

### ○地域の特性に応じたサービスの確保

・過疎地域等への対応（地方分権提案）

## 4. 介護人材の確保・介護現場の革新

■喫緊・重要な課題として、介護人材の確保・介護現場の革新に対応

### ○介護職員の処遇改善や職場環境の改善に向けた取組の推進

・特定処遇改善加算の介護職員間の配分ルールの柔軟化による取得促進  
・職員の離職防止・定着に資する取組の推進  
・サービス提供体制強化加算における介護福祉士が多い職場の評価の充実  
・人員配置基準における両立支援への配慮 ・ハラスメント対策の強化

### ○テクノロジーの活用や人員基準・運営基準の緩和を通じた業務効率化・業務負担軽減の推進

・見守り機器を導入した場合の夜間における人員配置の緩和  
・会議や多職種連携におけるICTの活用  
・特養の併設の場合の兼務等の緩和 ・3ユニットの認知症GHの夜勤職員体制の緩和

### ○文書負担軽減や手続きの効率化による介護現場の業務負担軽減の推進

・署名・押印の見直し ・電磁的記録による保存等 ・運営規程の掲示の柔軟化

## 3. 自立支援・重度化防止の取組の推進

■制度の目的に沿って、質の評価やデータ活用を行いながら、科学的に効果が裏付けられた質の高いサービスの提供を推進

### ○リハビリテーション・機能訓練、口腔、栄養の取組の連携・強化

・計画作成や多職種間会議でのリハ、口腔、栄養専門職の関与の明確化  
・リハビリテーションマネジメントの強化 ・退院退所直後のリハの充実  
・通所介護や特養等における外部のリハ専門職等との連携による介護の推進  
・通所介護における機能訓練や入浴介助の取組の強化  
・介護保険施設や通所介護等における口腔衛生の管理や栄養マネジメントの強化

### ○介護サービスの質の評価と科学的介護の取組の推進

・CHASE・VISIT情報の収集・活用とPDCAサイクルの推進  
・ADL維持等加算の拡充

### ○寝たきり防止等、重度化防止の取組の推進

・施設での日中生活支援の評価 ・褥瘡マネジメント、排せつ支援の強化

## 5. 制度の安定性・持続可能性の確保

■必要なサービスは確保しつつ、適正化・重点化を図る

### ○評価の適正化・重点化

・区分支給限度基準額の計算方法の一部見直し ・訪問看護のリハの評価・提供回数等の見直し  
・長期間利用の介護予防リハの評価の見直し ・居宅療養管理指導の居住場所に応じた評価の見直し  
・介護療養型医療施設の基本報酬の見直し ・介護職員処遇改善加算（IV）（V）の廃止  
・生活援助の訪問回数が多い利用者等のケアプランの検証

### ○報酬体系の簡素化

・月額報酬化（療養通所介護） ・加算の整理統合（リハ、口腔、栄養等）

## 6. その他の事項

・介護保険施設におけるリスクマネジメントの強化  
・高齢者虐待防止の推進 ・基準費用額（食費）の見直し

・基本報酬の見直し

## 1. (1) 日頃からの備えと業務継続に向けた取組の推進 (その1)

### 感染症対策の強化【全サービス】

- 介護サービス事業者に、感染症の発生及びまん延等に関する取組の徹底を求める観点から、以下の取組を義務づける。【省令改正】
  - ・施設系サービスについて、現行の委員会の開催、指針の整備、研修の実施等に加え、訓練（シミュレーション）の実施
  - ・その他のサービスについて、委員会の開催、指針の整備、研修の実施、訓練（シミュレーション）の実施等(※3年の経過措置期間を設ける)

### 業務継続に向けた取組の強化【全サービス】

- 感染症や災害が発生した場合であっても、必要な介護サービスが継続的に提供できる体制を構築する観点から、全ての介護サービス事業者を対象に、業務継続に向けた計画等の策定、研修の実施、訓練（シミュレーション）の実施等を義務づける。【省令改正】(※3年の経過措置期間を設ける)

### 介護施設・事業所における新型コロナウイルス感染症発生時の業務継続ガイドライン

#### ❖ ポイント

- ✓ 各施設・事業所において、新型コロナウイルス感染症が発生した場合の対応や、それらを踏まえて平時から準備・検討しておくべきことを、サービス類型に応じた業務継続ガイドラインとして整理。
- ✓ ガイドラインを参考に、各施設・事業所において具体的な対応を検討し、それらの内容を記載することでBCPが作成できるよう、参考となる「ひな形」を用意。

#### ❖ 主な内容

- ・ BCPとは ・ 新型コロナウイルス感染症BCPとは（自然災害BCPとの違い）
- ・ 介護サービス事業者に求められる役割 ・ BCP作成のポイント
- ・ 新型コロナウイルス感染（疑い）者発生時の対応等（入所系・通所系・訪問系）等



掲載場所：[https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi\\_kaigo/kaigo\\_koureisha/taisakumatome\\_13635.html](https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/kaigo_koureisha/taisakumatome_13635.html)

### 災害への地域と連携した対応の強化【通所系サービス、短期入所系サービス、特定、施設系サービス】

- 災害への対応においては、地域との連携が不可欠であることを踏まえ、非常災害対策（計画策定、関係機関との連携体制の確保、避難等訓練の実施等）が求められる介護サービス事業者（通所系、短期入所系、特定、施設系）を対象に、小多機等の例を参考に、訓練の実施に当たって、地域住民の参加が得られるよう連携に努めなければならないこととする。【省令改正】

## 2. (1) 認知症への対応力向上に向けた取組の推進 (その2)

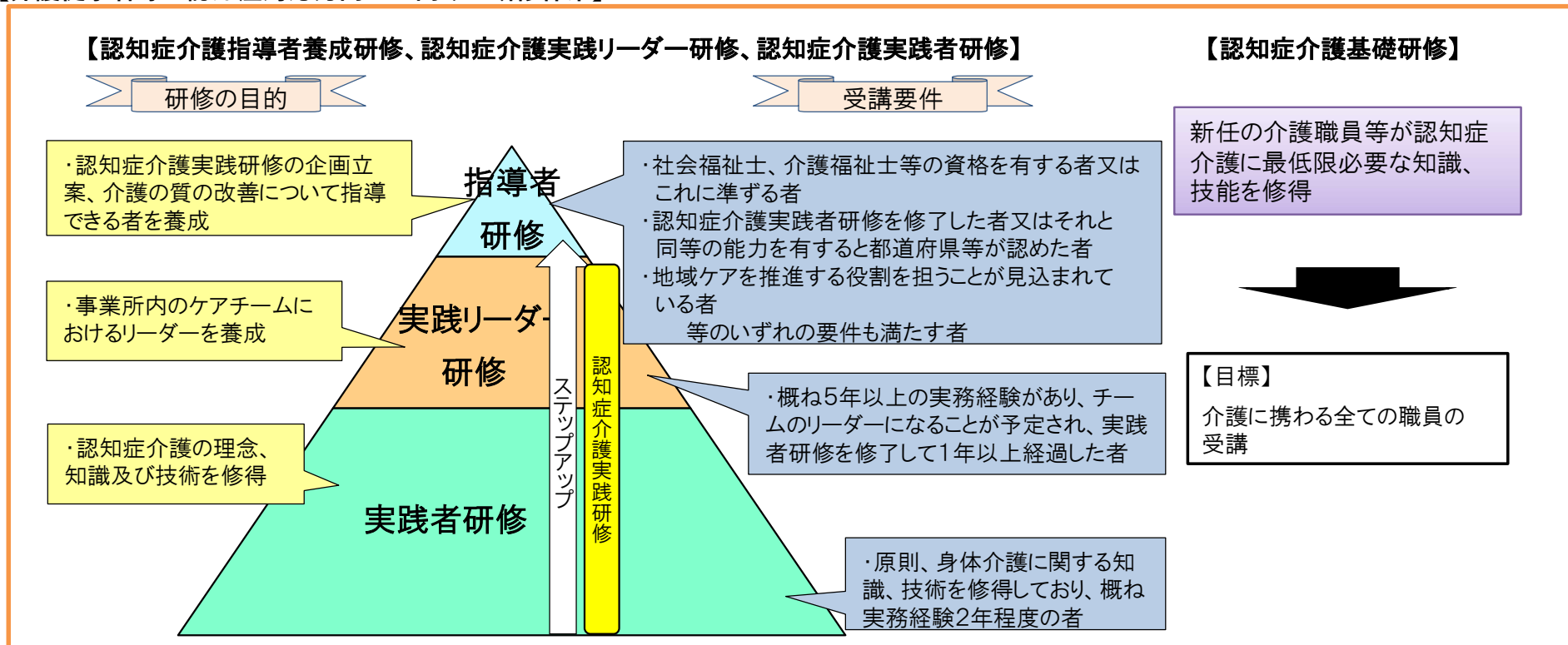
### 無資格者への認知症介護基礎研修受講義務づけ

- 介護に関わる全ての者の認知症対応力を向上させていくため、介護に直接携わる職員が認知症介護基礎研修を受講するための措置を義務づける。【省令改正】  
(※3年の経過措置期間を設ける)

### 全サービス（無資格者がいない訪問系サービス（訪問入浴介護を除く）、福祉用具貸与、居宅介護支援を除く）

- 認知症についての理解の下、本人主体の介護を行い、認知症の人の尊厳の保障を実現していく観点から、介護に関わる全ての者の認知症対応力を向上させていくため、介護サービス事業者に、介護に直接携わる職員のうち、医療・福祉関係の資格を有さない者について、認知症介護基礎研修を受講させるために必要な措置を講じることを義務づける。  
(※3年の経過措置期間を設ける。新入職員の受講について1年の猶予期間を設ける)

### 【介護従事者等の認知症対応力向上に向けた研修体系】



※各種研修について、質を確保しつつ、eラーニングの活用等により受講しやすい環境整備を行う。

リハビリ、栄養、口腔の取組は一体となって運用されることで、より効果的な自立支援・重度化予防につながることを期待される。

医師、歯科医師、リハ専門職、管理栄養士、歯科衛生士等の多職種による総合的なリハ、機能訓練、口腔・栄養管理

- ・筋力・持久力の向上
- ・活動量に応じた適切な栄養摂取量の調整
- ・低栄養の予防・改善
- ・食欲の増進

リハビリテーション・機能訓練



- ・口腔・嚥下機能の維持・改善
- ・口腔衛生や全身管理による誤嚥性肺炎の予防

栄養



口腔



・適切な食事形態・摂取方法の提供 ・食事摂取量の維持・改善 ・経口摂取の維持

- ・ リハビリの負荷又は活動量に応じて、必要なエネルギー量や栄養素を調整することが、筋力・持久力の向上及びADL維持・改善に重要である。
- ・ 誤嚥性肺炎の予防及び口腔・嚥下障害の改善には、医科歯科連携を含む多職種連携が有効である。
- ・ 口腔・嚥下機能を適切に評価することで、食事形態・摂取方法の提供及び経口摂取の維持が可能となる。

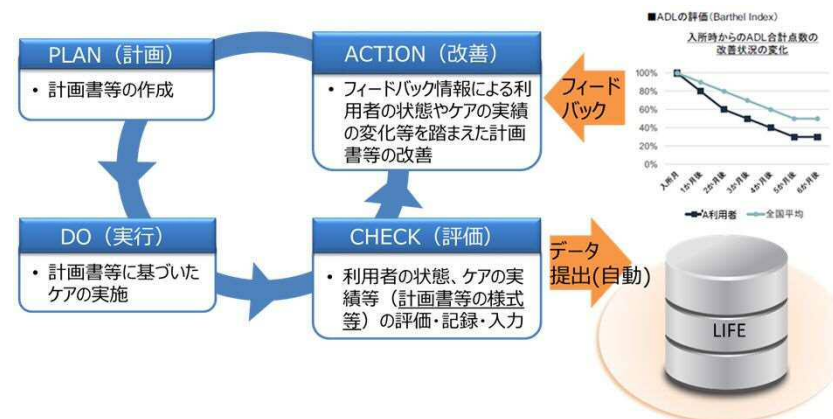
# 科学的介護情報システム(LIFE)の概要

## LIFEとは

- 介護サービス利用者の状態や、介護施設・事業所で行っているケアの計画・内容などを一定の様式で入力すると、インターネットを通じて厚生労働省へ送信され、その結果が分析されてフィードバックされる情報システム  
(LIFE (科学的介護情報システム) : **L**ong-term care **I**nformation system **F**or **E**vidence)
- 令和3年度の介護報酬改定において、LIFEの活用を要件とする加算が創設された。
- 全国の介護施設・事業所が対象であり、希望があれば利用申請の後に利用可能となる
- **LIFEにおける介護情報の流れ**
  - ① 介護施設・事業所において、利用者の状態や行ったケアの内容を一定の基準で記録
  - ② 記録した情報を、端末のLIFE画面に入力  
または、LIFEとの連携に対応している介護記録ソフトから、CSV連携機能を利用してLIFEに入力
  - ③ 入力された情報は匿名化の後に厚生労働省へ送信
  - ④ 厚生労働省にて解析された結果が、各施設・事業所のLIFEアカウントへフィードバックされる
- 介護施設・事業所はこの仕組みを活用してPDCAサイクルの推進・ケアの質の向上に取り組むことができる

## LIFEにより収集・蓄積したデータの活用

- LIFEにより収集・蓄積したデータは、フィードバック情報としての活用に加えて、施策の効果や課題等の把握、見直しのための分析にも活用される。
- LIFEにデータが蓄積し、分析が進むことにより、エビデンスに基づいた質の高い介護の実施につながる。





# (参考) 平成30年度同時改定

# 平成30年度介護報酬改定の概要

- 団塊の世代が75歳以上となる2025年に向けて、国民1人1人が状態に応じた適切なサービスを受けられるよう、平成30年度介護報酬改定により、質が高く効率的な介護の提供体制の整備を推進。

平成30年度介護報酬改定

改定率：**+0.54%**

## I 地域包括ケアシステムの推進

- 中重度の要介護者も含め、どこに住んでいても適切な医療・介護サービスを切れ目なく受けられる体制を整備

### 【主な事項】

- 中重度の在宅要介護者や、居住系サービス利用者、特別養護老人ホーム入所者の医療ニーズへの対応
- 医療・介護の役割分担と連携の一層の推進
- 医療と介護の複合的ニーズに対応する介護医療院の創設
- ケアマネジメントの質の向上と公正中立性の確保
- 認知症の人への対応の強化
- 口腔衛生管理の充実と栄養改善の取組の推進
- 地域共生社会の実現に向けた取組の推進

## II 自立支援・重度化防止に資する質の高い介護サービスの実現

- 介護保険の理念や目的を踏まえ、安心・安全で、自立支援・重度化防止に資する質の高い介護サービスを実現

### 【主な事項】

- リハビリテーションに関する医師の関与の強化
- リハビリテーションにおけるアウトカム評価の拡充
- 外部のリハビリ専門職等との連携の推進を含む訪問介護等の自立支援・重度化防止の推進
- 通所介護における心身機能の維持に係るアウトカム評価の導入
- 褥瘡の発生予防のための管理や排泄に介護を要する利用者への支援に対する評価の新設
- 身体的拘束等の適正化の推進

## III 多様な人材の確保と生産性の向上

- 人材の有効活用・機能分化、ロボット技術等を用いた負担軽減、各種基準の緩和等を通じた効率化を推進

### 【主な事項】

- 生活援助の担い手の拡大
- 介護ロボットの活用の促進
- 定期巡回型サービスのオペレーターの専任要件の緩和
- ICTを活用したリハビリテーション会議への参加
- 地域密着型サービスの運営推進会議等の開催方法・開催頻度の見直し

## IV 介護サービスの適正化・重点化を通じた制度の安定性・持続可能性の確保

- 介護サービスの適正化・重点化を図ることにより、制度の安定性・持続可能性を確保

### 【主な事項】

- 福祉用具貸与の価格の上限設定等
- 集合住宅居住者への訪問介護等に関する減算及び区分支給限度基準額の計算方法の見直し等
- サービス提供内容を踏まえた訪問看護の報酬体系の見直し
- 通所介護の基本報酬のサービス提供時間区分の見直し等
- 長時間の通所リハビリの基本報酬の見直し

# 平成30年度診療報酬概要

- 団塊の世代が75歳以上となる2025（平成37）年に向けて、国民1人1人が状態に応じた適切なサービスを受けられるよう、**平成30年度診療報酬・介護報酬同時改定により、質が高く効率的な医療・介護の提供体制の整備を推進**

## I 地域包括ケアシステムの推進、医療機能の分化・強化・連携

- どこに住んでいても**適切な医療・介護サービスを切れ目なく受けることができる体制を整備**

### 具体的方向性

- 医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価や、大病院と中小病院・診療所の機能分化の推進
- 地域の状況や患者の状態等に応じた質の高い在宅医療・訪問看護の確保
- ケアマネジメントの質の向上と公正中立性の確保
- 患者本人の意思を尊重した看取りの推進
- 医療と介護の複合的ニーズに対応する介護医療院の創設
- 地域共生社会の実現に向けた取組の推進

## II 安心・安全で質の高い医療・介護の実現

- 技術の進展、疾病構造の変化や新たなニーズ等を踏まえ、**安心・安全で質の高い医療・介護を実現**

### 具体的方向性

- 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
- 質の高いリハビリテーションの評価等、アウトカム評価の推進
- 高齢者の自立支援と要介護状態等の軽減・悪化の防止に資する介護サービスの推進

## III 人材確保・働き方改革

- 厳しい勤務環境の中、医療・介護人材を将来にわたって確保するため、**従事者の負担軽減等の取組を推進**

### 具体的方向性

- 遠隔診療を含むICT、介護ロボット等の有効活用
- 多職種連携や人材の柔軟な配置等による効率的なサービス提供の推進
- 届出・報告の簡素化等、業務の効率化・合理化の推進
- 専門性等に応じた介護人材の有効活用

## IV 制度の安定性・持続可能性の確保

- 国民皆保険を堅持するため、効率化・適正化を図ることにより**制度の安定性・持続可能性を確保**

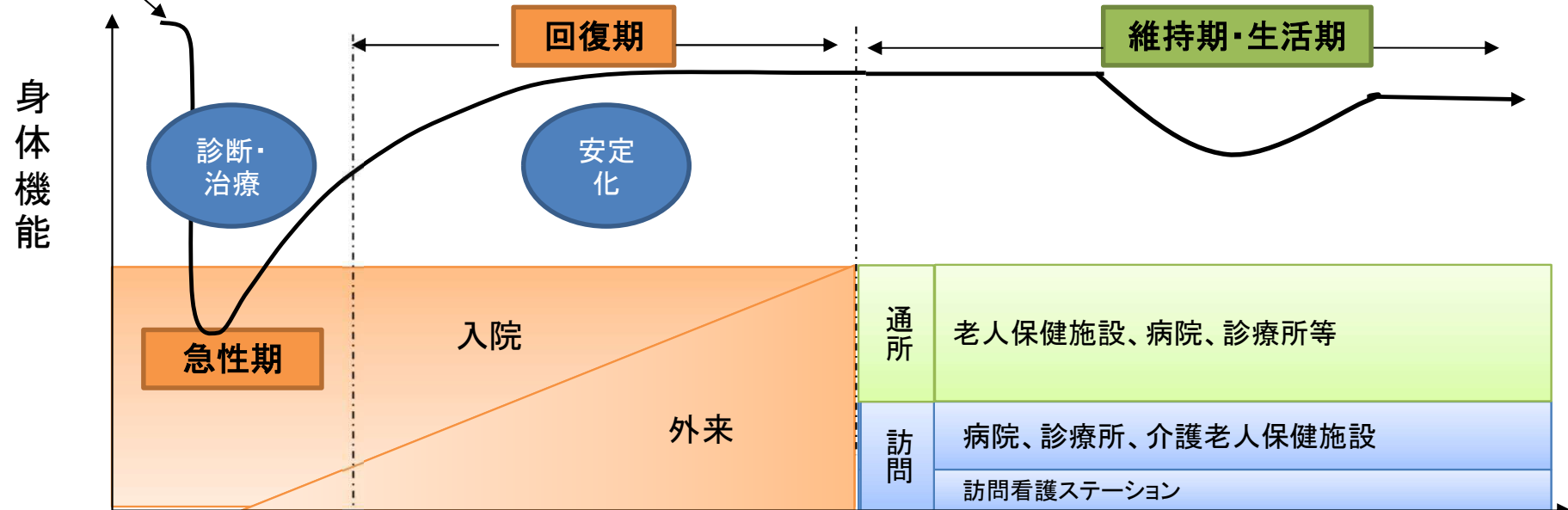
### 具体的方向性

- 薬価制度の抜本改革や費用対効果評価の導入
- 医師・薬剤師の協力による多剤・重複投薬の防止等の医薬品の適正使用や後発医薬品の使用の推進
- いわゆる門前薬局・同一敷地内薬局の評価の適正化
- 透析医療の適正化、福祉用具貸与価格の上限の設定等

## 7. リハビリテーションについて



脳卒中等の発症



役割分担

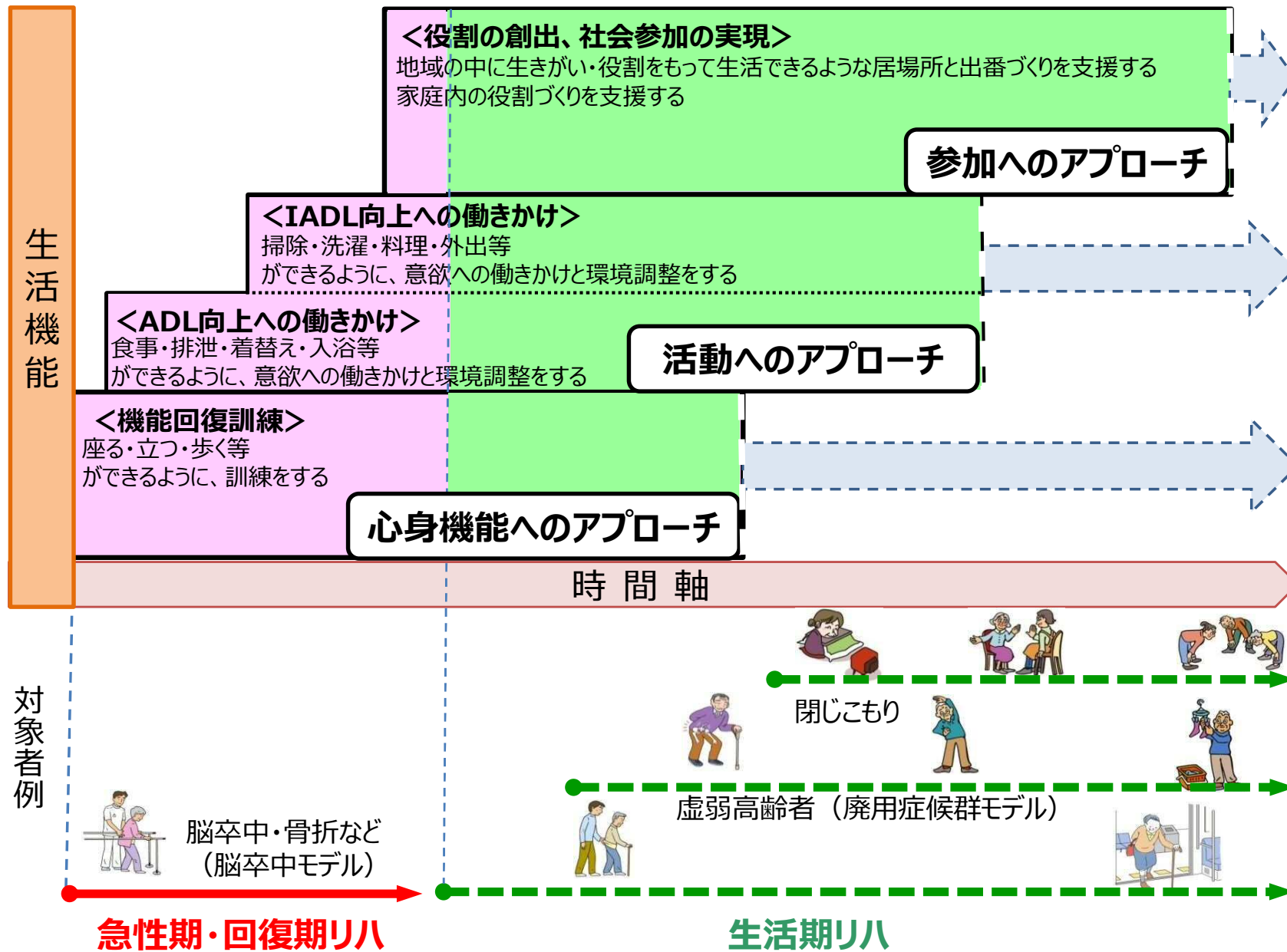
主に医療保険

主に介護保険

	急性期	回復期	維持期・生活期
心身機能	改善	改善	維持・改善
ADL	向上	向上	維持・向上
活動・参加	再建	再建	再建・維持・向上
QOL	維持	維持	維持・向上
内容	早期離床・早期リハによる廃用症候群の予防	集中的リハによる機能回復・ADL向上	リハ専門職のみならず、多職種によって構成されるチームアプローチによる生活機能の維持・向上、自立生活の推進、介護負担の軽減、QOLの向上

(資料出所) 日本リハビリテーション病院・施設協会「高齢者リハビリテーション医療のグランドデザイン」(青海社)より厚生労働省老人保健課において作成

# 高齢者リハビリテーションのイメージ



# リハビリテーションについて

## 介護保険法における関連の規定

第1条 この法律は、加齢に伴って生ずる心身の変化に起因する疾病等により要介護状態となり、入浴、排せつ、食事等の介護、**機能訓練**並びに看護及び療養上の管理その他の医療を要する者等について、これらの者が尊厳を保持し、**その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう**、必要な保健医療サービス及び福祉サービスに係る給付を行うため、国民の共同連帯の理念に基づき介護保険制度を設け、その行う保険給付等に関して必要な事項を定め、もって国民の保健医療の向上及び福祉の増進を図ることを目的とする。

第4条 国民は、**自ら要介護状態となることを予防するため、加齢に伴って生ずる心身の変化を自覚して常に健康の保持増進に努めるとともに**、要介護状態となった場合においても、**進んでリハビリテーション**その他の適切な保健医療サービス及び福祉サービスを利用することにより、**その有する能力の維持向上に努めるものとする。**

## リハビリテーションの理念

リハビリテーションは、単なる機能回復訓練ではなく、心身に障害を持つ人々の全人間的復権を理念として、潜在する能力を最大限に発揮させ、日常生活の活動を高め、家庭や社会への参加を可能にし、その自立を促すものである。

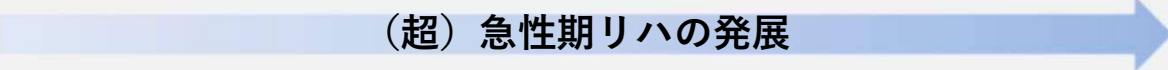
## 高齢者のリハビリテーションに求められるもの

生活機能の向上を目的として、個々の働きかけを連動して総合的に提供するとともに、日常生活や地域社会における制限や制約を最小限にし、利用者本人が望んでいる生活を支えていくこと

注) 個々の働きかけとは・・・心身機能、日常生活活動、社会参加、物理的環境などへの働きかけ

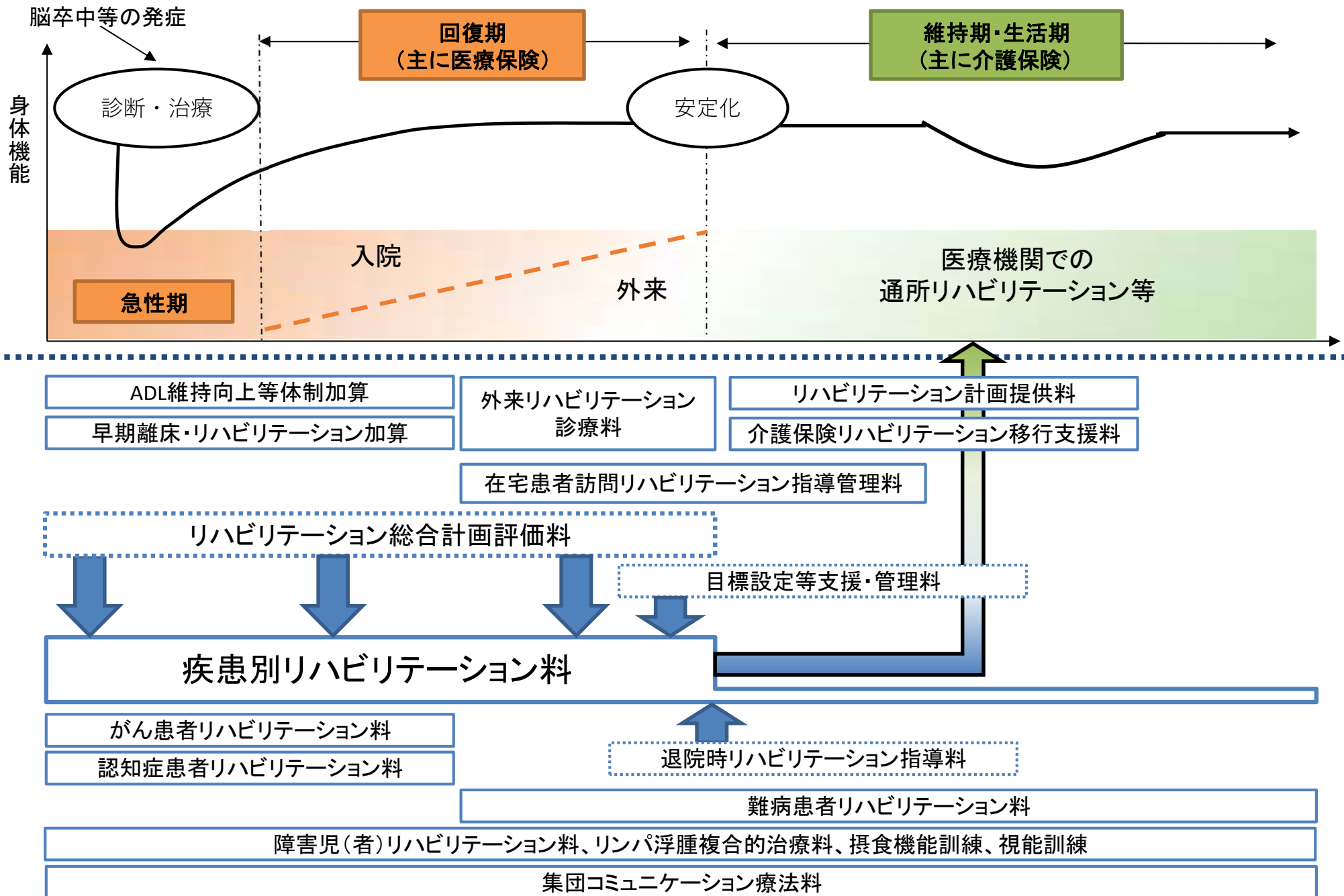
【出典】平成16年1月 高齢者リハビリテーション研究会の報告書

# 診療報酬・介護報酬におけるリハビリテーションの変遷

	平成12年	平成16年	平成18年	平成21年	平成22年	平成24年	平成26年	平成27年	平成28年	平成30年	令和2年	令和3年	令和4年
診療報酬	○ 回復期リハ病棟料の創設	○ 摂食機能療法の導入	○○ 疾患別リハの導入 算定上限日数の導入		○ がん患者リハ料の新設		○ ADL維持向上等体制 加算の創設		○ ○ 回復期リハ病棟入院料 にアウトカム評価が導入 排尿自立指導料の創設	○ 早期離床リハ加算の創設	○○ 摂食嚥下支援加算の創設 排尿自立支援加算の創設		○○ 運動器リハ料の対象明確化 リハビリテーションデータ 提出加算の創設
介護報酬	○ 介護保険法が施行		○○ 短期集中リハ加算の創設 リハマネ加算の創設	○ 短時間の個別リハの評価		○ 通所リハで医療が必要な重 度利用者の受入れを評価		○○○ リハマネ加算の改正 個別リハ実施加算の見直し 生活行為向上リハ実施加算 の創設		○ リハマネ加算における医師 の関与の評価		○○○ リハ栄養口腔の取組の推進 退院退所直後のリハの充実 科学的介護の取組の推進	
その他	<div style="text-align: center;">  <p>(超) 急性期リハの発展</p> </div> <p>○平成19年 がん対策基本法の施行</p> <p>○令和元年 循環器病対策基本法の施行</p>												

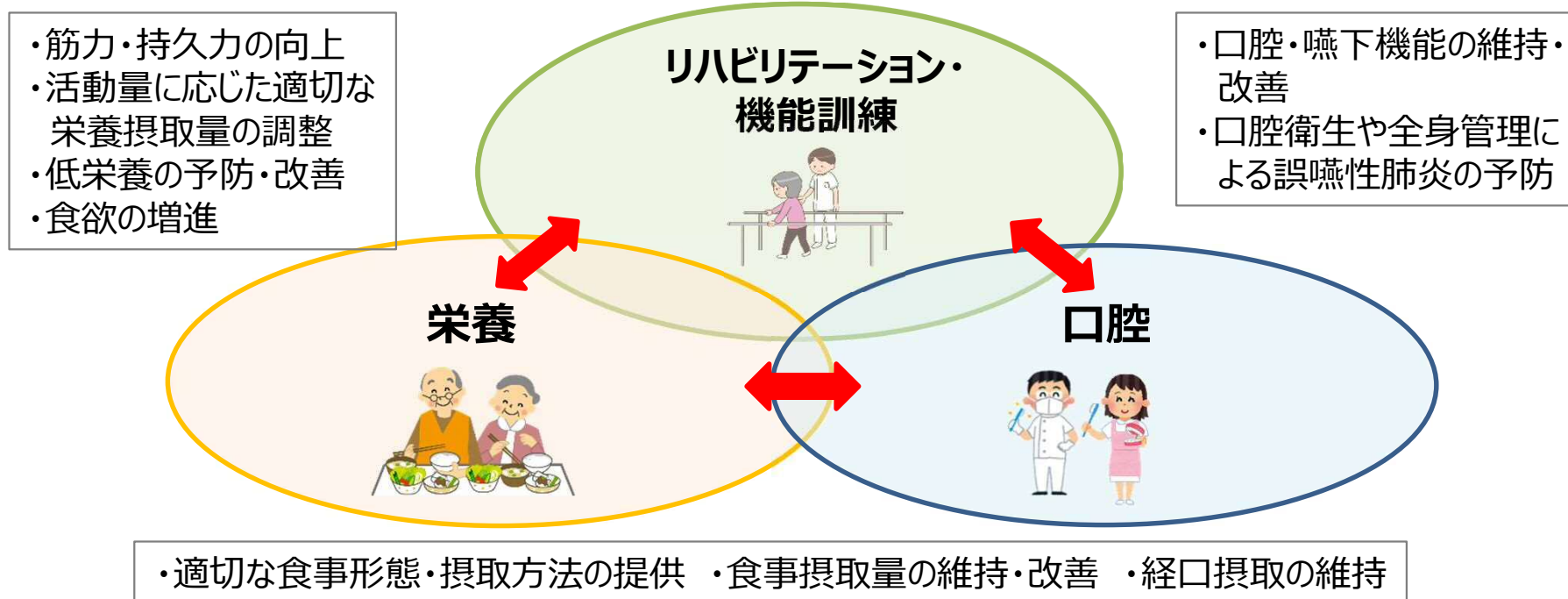


# リハビリテーションに係る診療報酬の現状整理



リハビリ、栄養、口腔の取組は一体となって運用されることで、より効果的な自立支援・重度化予防につながることを期待される。

医師、歯科医師、リハ専門職、管理栄養士、歯科衛生士等の多職種による総合的なリハ、機能訓練、口腔・栄養管理



- リハビリの負荷又は活動量に応じて、必要なエネルギー量や栄養素を調整することが、筋力・持久力の向上及びADL維持・改善に重要である。
- 誤嚥性肺炎の予防及び口腔・嚥下障害の改善には、医科歯科連携を含む多職種連携が有効である。
- 口腔・嚥下機能を適切に評価することで、食事形態・摂取方法の提供及び経口摂取の維持が可能となる。

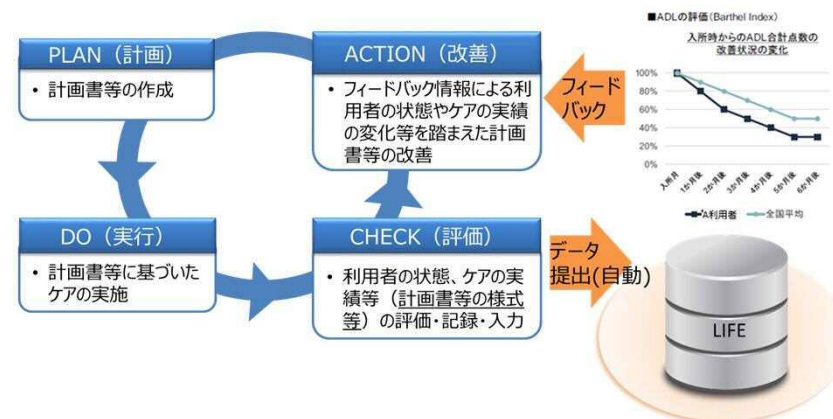
# 科学的介護情報システム(LIFE)の概要

## LIFEとは

- 介護サービス利用者の状態や、介護施設・事業所で行っているケアの計画・内容などを一定の様式で入力すると、インターネットを通じて厚生労働省へ送信され、その結果が分析されてフィードバックされる情報システム  
(LIFE (科学的介護情報システム) : **L**ong-term care **I**nformation system **F**or **E**vidence)
- 令和3年度の介護報酬改定において、LIFEの活用を要件とする加算が創設された。
- 全国の介護施設・事業所が対象であり、希望があれば利用申請の後に利用可能となる
- **LIFEにおける介護情報の流れ**
  - ① 介護施設・事業所において、利用者の状態や行ったケアの内容を一定の基準で記録
  - ② 記録した情報を、端末のLIFE画面に入力  
または、LIFEとの連携に対応している介護記録ソフトから、CSV連携機能を利用してLIFEに入力
  - ③ 入力された情報は匿名化の後に厚生労働省へ送信
  - ④ 厚生労働省にて解析された結果が、各施設・事業所のLIFEアカウントへフィードバックされる
- 介護施設・事業所はこの仕組みを活用してPDCAサイクルの推進・ケアの質の向上に取り組むことができる

## LIFEにより収集・蓄積したデータの活用

- LIFEにより収集・蓄積したデータは、フィードバック情報としての活用に加えて、施策の効果や課題等の把握、見直しのための分析にも活用される。
- LIFEにデータが蓄積し、分析が進むことにより、エビデンスに基づいた質の高い介護の実施につながる。



# ( 1 ) 医師の働き方改革

# 医師の働き方改革

- これまでの我が国の医療は**医師の長時間労働**により支えられており、今後、医療ニーズの変化や医療の高度化、少子化に伴う医療の担い手の減少が進む中で、医師個人に対する負担がさらに増加することが予想される。
- こうした中、医師が健康に働き続けることのできる環境を整備することは、医師本人にとってはもとより、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。
- **地域医療提供体制の改革**や、各職種専門性を活かして患者により質の高い医療を提供する**タスクシフト/シェアの推進**と併せて、医療機関における**医師の働き方改革**に取り組む必要がある。

## 現状

### 【医師の長時間労働】

病院常勤勤務医の約4割が年960時間超、約1割が年1,860時間超の時間外・休日労働

特に救急、産婦人科、外科や若手の医師は長時間の傾向が強い

### 【労務管理が不十分】

36協定が未締結や、客観的な時間管理が行われていない医療機関も存在

### 【業務が医師に集中】

患者への病状説明や血圧測定、記録作成なども医師が担当

## 目指す姿

**労務管理の徹底、労働時間の短縮により医師の健康を確保する**



**全ての医療専門職それぞれが、自らの能力を活かし、より能動的に対応できるようにする**



**質・安全が確保された医療を持続可能な形で患者に提供**

## 対策

### 長時間労働を生む構造的な問題への取組

#### 医療施設の**最適配置**の推進

(地域医療構想・外来機能の明確化)

#### 地域間・診療科間の**医師偏在**の是正

#### 国民の理解と協力に基づく**適切な受診**の推進

### 医療機関内での医師の働き方改革の推進

#### 適切な**労務管理**の推進

#### **タスクシフト/シェア**の推進

(業務範囲の拡大・明確化)

一部、法改正で対応

#### <行政による支援>

- ・医療勤務環境改善支援センターを通じた支援
- ・経営層の意識改革（講習会等）
- ・医師への周知啓発 等

### 時間外労働の上限規制と健康確保措置の適用（2024.4～） **法改正で対応**

#### 地域医療等の確保

医療機関が医師の労働時間短縮計画の案を作成

評価センターが評価

都道府県知事が指定

医療機関が計画に基づく取組を実施

医療機関に適用する水準	年の上限時間	面接指導	休息時間の確保
<b>A</b> (一般労働者と同程度)	<b>960時間</b>	<b>義務</b>	<b>努力義務</b>
<b>連携B</b> (医師を派遣する病院)	<b>1,860時間</b>		<b>義務</b>
<b>B</b> (救急医療等)	<b>※2035年度末を目標に終了</b>		
<b>C-1</b> (臨床・専門研修)	<b>1,860時間</b>		
<b>C-2</b> (高度技能の修得研修)	<b>1,860時間</b>		

#### 医師の健康確保

##### 面接指導

健康状態を医師がチェック

##### 休息時間の確保

連続勤務時間制限と勤務間インターバル規制（または代償休息）

# 医師の時間外労働規制について

## 一般則

- 【時間外労働の上限】
- (例外)
- ・年720時間
  - ・複数月平均80時間 (休日労働含む)
  - ・月100時間未満 (休日労働含む)
- 年間6か月まで

(原則)

1か月45時間  
1年360時間

※この(原則)については医師も同様。

2024年4月～

年1,860時間／月100時間未満 (例外あり) ※いずれも休日労働含む  
 年1,860時間／月100時間未満 (例外あり) ※いずれも休日労働含む ⇒将来に向けて縮減方向

年960時間／月100時間未満 (例外あり) ※いずれも休日労働含む

**A : 診療従事勤務医に2024年度以降適用される水準**

連携B  
例水準  
(医療機関を指定)

B  
地域医療確保暫定特

C-1  
集中的技能向上水準  
(医療機関を指定)

C-2

C-1 : 臨床研修医・専攻医が、研修プログラムに沿って基礎的な技能や能力を修得する際に適用  
 ※本人がプログラムを選択  
 C-2 : 医籍登録後の臨床従事6年目以降の者が、高度技能の育成が公益上必要な分野について、指定された医療機関で診療に従事する際に適用  
 ※本人の発意により計画を作成し、医療機関が審査組織に承認申請

将来  
(暫定特例水準の解消 (= 2035年度末を目標) 後)

将来に向けて縮減方向

年960時間／月100時間 (例外あり) ※いずれも休日労働含む

A

C-1

C-2

※連携Bの場合は、個々の医療機関における時間外・休日労働の上限は年960時間以下。

## 月の上限を超える場合の面接指導と就業上の措置

勤務間インターバルの確保

- ①24時間以内に9時間  
②46時間以内に18時間のいずれか

及び代償休息のセット (努力義務)

※実際に定める36協定の上限時間数が一般則を超えない場合を除く。

勤務間インターバルの確保

- ①24時間以内に9時間  
②46時間以内に18時間のいずれか

及び代償休息のセット (義務)

勤務間インターバルの確保

- ①24時間以内に9時間  
②46時間以内に18時間のいずれか

及び代償休息のセット (義務)

注) 臨床研修医については連続勤務時間制限を強化・徹底する観点から、勤務間インターバルは、

- ①24時間以内に9時間  
②48時間以内に24時間のいずれかとなる。

<A水準>  
勤務間インターバルの確保

- ①24時間以内に9時間  
②46時間以内に18時間のいずれか

及び代償休息のセット (努力義務)

※実際に定める36協定の上限時間数が一般則を超えない場合を除く。

<C水準>  
上記A水準の勤務間インターバル及び代償休息のセット (義務)

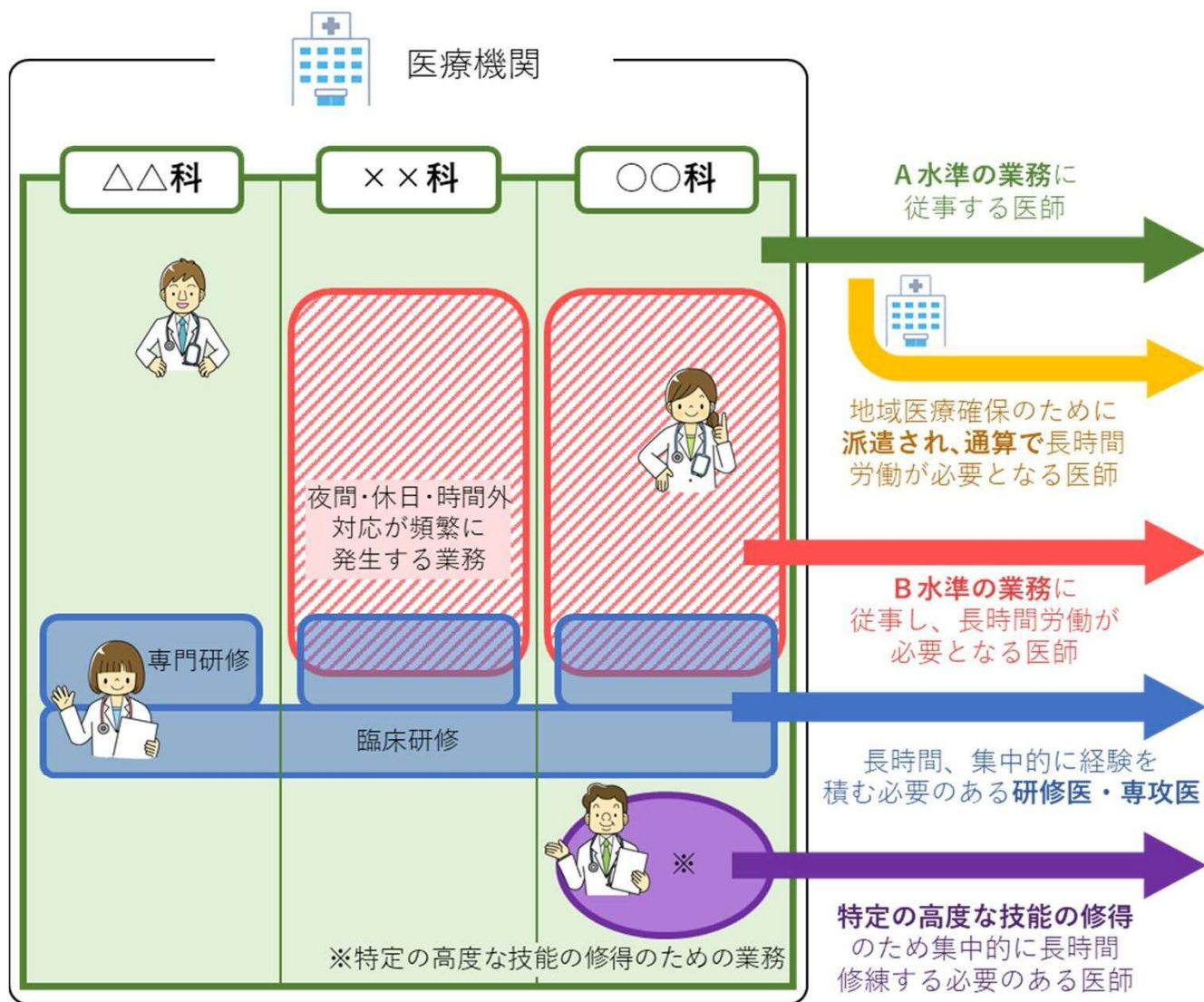
- 臨床研修医の勤務間インターバルは、  
①24時間以内に9時間  
②48時間以内に24時間のいずれかとなる。

※あわせて月155時間を超える場合には労働時間短縮の具体的措置を講ずる。

【追加的健康確保措置】

# 連携 B・B・C 水準

所属する医師に異なる水準を適用させるためには、医療機関はそれぞれの水準についての指定を受ける必要がある。



\*年の時間外・休日労働時間数（簡明さを優先し、詳細は省略）

医療機関に必要な指定	医師に適用される水準	
	36協定で定めることができる時間*	実際に働くことができる時間*(通算)
—	960以下	960以下
連携B	960以下	1,860以下
B	1,860以下	1,860以下
C-1	1,860以下	1,860以下
C-2	1,860以下	1,860以下

臨床研修医にはより強い健康確保措置

この医療機関の例の場合、連携B、B、C-1、C-2の4つの指定が必要となる。（それぞれの指定要件は大部分が共通）

## (2) 身体拘束廃止の取組



# 身体拘束ゼロへの取組

## 国

- 身体拘束ゼロ作戦推進会議の開催(平成12年6月、平成13年3月・12月)
- 「身体拘束ゼロへの手引き」の作成・普及(平成13年度)

## 都道府県

- 身体拘束ゼロ作戦推進協議会の開催(平成13年度～)<sup>※1</sup>
- 身体拘束相談窓口の設置(平成13年度～平成17年度)<sup>※2</sup>
- 相談員養成研修の実施(平成13年度～平成17年度)<sup>※2</sup>
- 身体拘束の理解促進のための講習会・説明会の開催(平成14年度～平成17年度)<sup>※2</sup>
- 権利擁護推進員養成研修・看護職員研修の実施(平成17年度～)<sup>※1</sup>
- 身体拘束廃止事例等報告検討会の開催(平成18年度～)<sup>※1</sup>

※1 平成19年度以降は「高齢者権利擁護等推進事業」に移行 ※2 平成18年度以降は介護保険法上の「地域支援事業」に移行

## 市町村

- 身体拘束相談窓口の設置(平成18年度～)<sup>※3</sup>
- 相談員養成研修の実施(平成18年度～)<sup>※3</sup>
- 身体拘束の理解促進のための講習会・説明会の開催(平成18年度～)<sup>※3</sup>

※3 介護保険法上の「地域支援事業」として実施

## 施設

- 介護保険指定基準上、原則身体拘束禁止を規定(平成12年度)
- 介護報酬上、身体拘束廃止未実施減算を新設(平成18年度)
- 身体的拘束適正化検討委員会の定期的開催・減算率の見直し等(平成30年度)

## 身体的拘束等の適正化の推進

- 身体的拘束等の適正化を図るため、居住系サービス及び施設系サービスについて、身体的拘束等の適正化のための指針の整備や、身体的拘束等の適正化のための対策を検討する委員会の定期的な開催などを義務づけるとともに、義務違反の施設の基本報酬を減額する。

### 各種の施設系サービス、居住系サービス

- 身体拘束廃止未実施減算について、平成30年度介護報酬改定において、身体的拘束等のさらなる適正化を図る観点から、身体的拘束等の適正化のための対策を検討する委員会の開催等を義務づけ、その未実施の場合の減算率の見直しを行った。

身体拘束廃止未実施減算      <改定前> 5単位/日減算            <改定後（現行）> 10%/日減算（※居住系サービスは「新設」）

#### 【見直し後の基準（追加する基準は下線部）】

身体的拘束等の適正化を図るため、次の各号に掲げる措置を講じなければならない。

1. 身体的拘束等を行う場合には、その態様及び時間、その際の入所者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由を記録すること。
2. 身体的拘束等の適正化のための対策を検討する委員会を3月に1回以上開催するとともに、その結果について、介護職員その他従業者に周知徹底を図ること。
3. 身体的拘束等の適正化のための指針を整備すること。
4. 介護職員その他の従業者に対し、身体的拘束等の適正化のための研修を定期的実施すること。

※ 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護、認知症対応型共同生活介護、地域密着型特定施設入居者生活介護における上記の委員会については、運営推進会議を活用することができる。

#### ○指定介護老人福祉施設の人員、設備及び運営に関する基準（平成11年3月31日厚生省令第39号）

（指定介護福祉施設サービスの取扱方針）

##### 第11条 第4項

指定介護老人福祉施設は、指定介護福祉施設サービスの提供に当たっては、当該入所者又は他の入所者等の生命又は身体を保護するため **緊急やむを得ない場合を除き、身体的拘束その他入所者の行動を制限する行為**（以下「身体的拘束等」という。）**を行ってはならない。**

# 「緊急やむを得ない場合」に該当する3要件

3つの要件を全て満たし、要件の確認等の手続きが極めて慎重に実施されていることが必要

## 1. 切迫性

利用者本人または他の利用者の生命または身体が危険にさらされる可能性が著しく高い場合

## 2. 非代替性

身体拘束以外に代替する介護方法がないこと

## 3. 一時性

身体拘束が一時的なものであること

## ※留意事項

- ・「緊急やむを得ない場合」の判断は、担当の職員個人又はチームで行うのではなく、施設全体で判断することが必要がある。
- ・身体拘束の内容、目的、時間、期間などを高齢者本人や家族に対して十分に説明し、理解を求めることが必要である。
- ・介護保険サービス提供者には、身体拘束に関する記録の作成等が義務づけられている。

## 身体拘束禁止の対象となる具体的な行為

介護保険指定基準において禁止の対象となっている行為は、「身体的拘束その他入所者（利用者）の行動を制限する行為」で、具体的には次のような行為を指す。

- ① 徘徊しないように、車いすやいす、ベッドに体幹や四肢をひも等で縛る。
- ② 転落しないように、ベッドに体幹や四肢をひも等で縛る。
- ③ 自分で降りられないように、ベッドを柵（サイドレール）で囲む。
- ④ 点滴・経管栄養等のチューブを抜かないように、四肢をひも等で縛る。
- ⑤ 点滴・経管栄養等のチューブを抜かないように、または皮膚をかきむしらないように、手指の機能を制限するミトン型の手袋等をつける。
- ⑥ 車いすやいすからずり落ちたり、立ち上がったたりしないように、Y字型拘束帯や腰ベルト、車いすテーブルをつける。
- ⑦ 立ち上がる能力のある人の立ち上がりを妨げるようないすを使用する。
- ⑧ 脱衣やおむつはずしを制限するために、介護衣（つなぎ服）を着せる。
- ⑨ 他人への迷惑行為を防ぐために、ベッドなどに体幹や四肢をひも等で縛る。
- ⑩ 行動を落ち着かせるために、向精神薬を過剰に服用させる。
- ⑪ 自分の意思で開けることのできない居室等に隔離する。

## (3) 医療DXの推進

## 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

（社会保障分野における経済・財政一体改革の強化・推進）

…「全国医療情報プラットフォーム<sup>143</sup>の創設」、「電子カルテ情報の標準化等<sup>144</sup>」及び「診療報酬改定D X<sup>145</sup>」の取組を行政と関係業界<sup>146</sup>が一丸となって進めるとともに、医療情報の利活用について法制上の措置等を講ずる。そのため、政府に総理を本部長とし関係閣僚により構成される「医療D X推進本部（仮称）」を設置する。  
…

143 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・特定健診等情報に加え、予防接種、電子処方箋情報、自治体検診情報、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・交換できる全国的なプラットフォームをいう。

144 その他、標準型電子カルテの検討や、電子カルテデータを、治療の最適化やA I等の新しい医療技術の開発、創薬のために有効活用することが含まれる。

145 デジタル時代に対応した診療報酬やその改定に関する作業を大幅に効率化し、システムエンジニアの有効活用や費用の低廉化を目指すことをいう。これにより、医療保険制度全体の運営コスト削減につなげることが求められている。

146 医療界、医学界、産業界をいう。

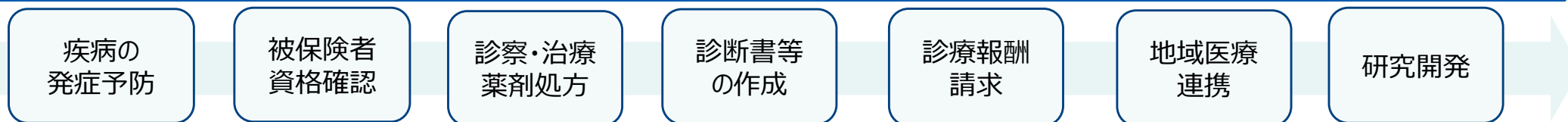
# 医療DXとは

## DXとは

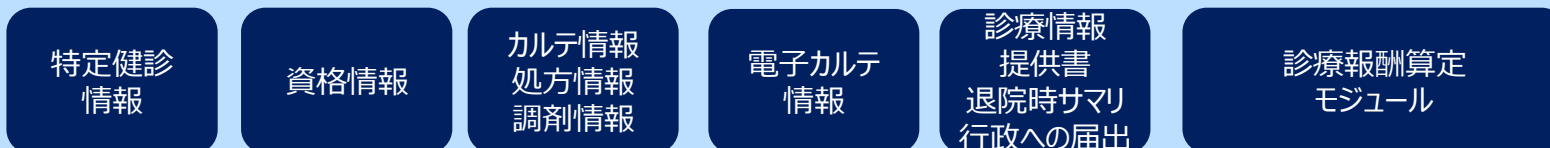
DXとは、「Digital Transformation (デジタルトランスフォーメーション)」の略称で、デジタル技術によって、ビジネスや社会、生活の形・スタイルを変える (Transformする) ことである。  
(情報処理推進機構DXスクエアより)

## 医療DXとは

医療DXとは、保健・医療・介護の各段階 (疾病の発症予防、受診、診察・治療・薬剤処方、診断書等の作成、診療報酬の請求、医療介護の連携によるケア、地域医療連携、研究開発など) において発生する情報やデータを、全体最適された基盤を通して、保健・医療や介護関係者の業務やシステム、データ保存の外部化・共通化・標準化を図り、国民自身の予防を促進し、より良質な医療やケアを受けられるように、社会や生活の形を変えることと定義できる。



## クラウドを活用した業務やシステム、データ保存の外部化・共通化・標準化



オンライン資格確認  
マイナポータル活用

電子カルテ情報の標準化等

診療報酬  
DX

## 医療ビッグデータ 分析



等

# 「全国医療情報プラットフォーム」(将来像)

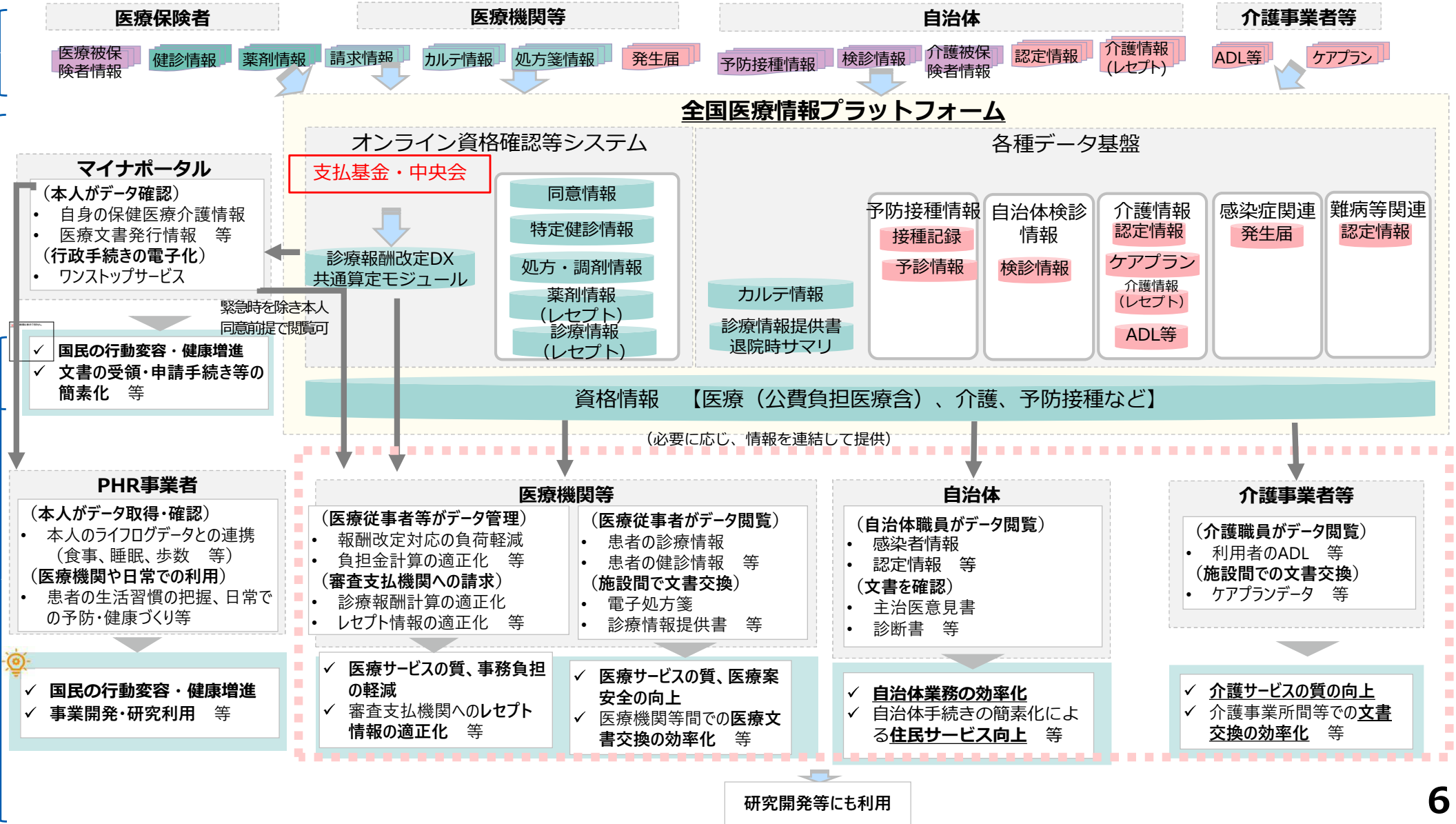
○オンライン資格確認システムのネットワークを拡充し、レセプト・特定健診情報に加え、予防接種、電子処方箋情報、電子カルテ等の医療機関等が発生源となる医療情報（介護含む）について、クラウド間連携を実現し、自治体や介護事業者等間を含め、必要なときに必要な情報を共有・交換できる全国的なプラットフォームとする。

○これにより、マイナンバーカードで受診した患者は本人同意の下、これらの情報を医師や薬剤師と共有することができ、より良い医療につながるとともに、国民自らの予防・健康づくりを促進できる。さらに、次の感染症危機において必要な情報を迅速かつ確実に取得できる仕組みとしての活用も見込まれる。

情報を作成

情報を収集

情報を活用





# 電子カルテ情報及び交換方式の標準化、標準型電子カルテの検討

## 電子カルテ情報及び交換方式の標準化

(基本的な考え方)

➤ 医療機関同士などでのスムーズなデータ交換や共有を推進するため、HL7 FHIRを交換規格とし、交換する標準的なデータの項目及び電子的な仕様を定めた上で、それらの仕様を国として標準規格化する。

(具体的な取組)

➤ 厚生労働省においては、令和4年3月に、3文書6情報(※)を厚労省標準規格として採択。今後、医療現場での有用性を考慮しつつ、標準規格化の範囲の拡張を推進。令和4年度は厚生労働科学研究費補助金の事業において透析情報及び一部の感染症発生届の標準規格化に取り組む。

(※) 3文書：診療情報提供書、退院時サマリー、健診結果報告書

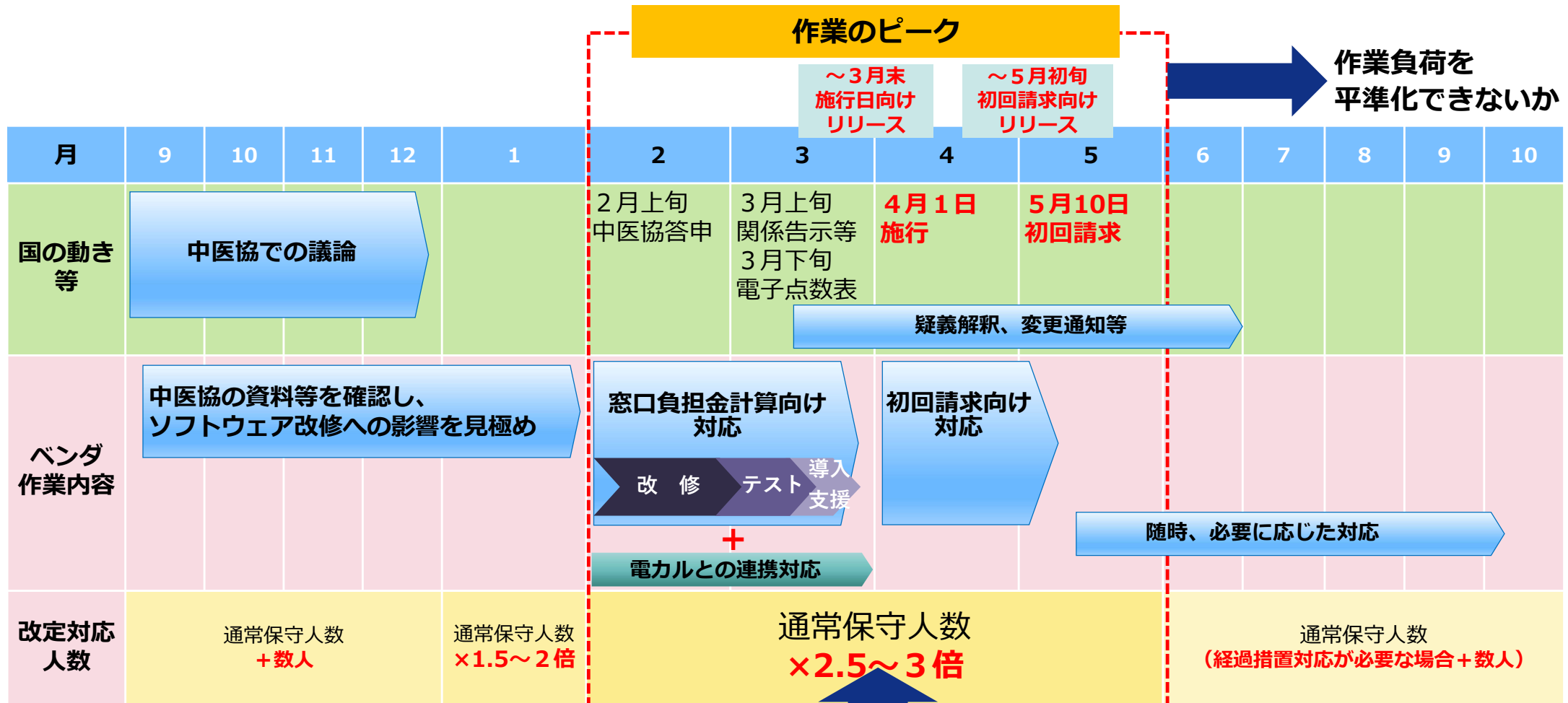
6情報：傷病名、アレルギー情報、感染症情報、薬剤禁忌情報、検査情報(救急時に有用な検査、生活習慣病関連の検査)、処方情報

## 標準型電子カルテの検討

➤ 併せて、今後、小規模の医療機関向けに、当該標準規格に準拠したクラウドベースの電子カルテ(標準型電子カルテ)の開発を検討。令和4年度は関係者へのヒアリングを実施しつつ、令和五年度の調査研究事業を実施する予定。

# 診療報酬改定への対応状況（現状）

- ・現状、ベンダや医療機関等においては、診療報酬改定に短時間で集中的に対応するため、大きな業務負担が生じている。
  - 改定施行日（4/1）からの患者負担金の計算に間に合うように、ソフトウェアを改修する必要がある
    - ※ 3月に支払基金から電子点数表が示されてはいるものの、その段階では既にソフトウェア改修作業の大半は終了している
  - ソフトウェアのリリース後も、4月診療分レセプトの初回請求（5/10）までに、国の解釈通知等について更に対応が必要



医薬品の安定供給問題を踏まえた診療報酬上の特例措置

【概要】 医薬品の供給が不安定な中、患者への適切な薬剤処方の実施や薬局の地域における協力促進などの観点から、追加の要件を設定した上で、一般名処方、後発品の使用体制に係る加算、薬局における地域支援体制に係る加算について上乗せ措置を講ずる（令和5年4～12月の特例）

【主な内容】

- ① 医療機関の処方に関する「一般名処方加算」の特例
- ② 入院患者への医薬品提供に関する「後発医薬品使用体制加算」の特例
- ③ 診療所の院内処方に関する「外来後発医薬品使用体制加算」の特例
- ④ 薬局での調剤に関する「地域支援体制加算」の特例

「医療情報・システム基盤整備体制充実加算」の特例措置

【概要】 オンライン資格確認の導入・普及の徹底の観点から、初診時・調剤時における追加的な加算、再診時における加算を設定するとともに、加算に係るオンライン請求の要件を緩和する（令和5年4月～12月の特例）

		現行の加算	特例措置(令和5年4～12月)
初診	マイナンバーカードを利用しない	4点	6点
	〃 利用する	2点	2点
再診	マイナンバーカードを利用しない	-	2点
	〃 利用する場合	-	-
調剤	マイナンバーカードを利用しない	3点	4点
	〃 利用する場合	1点	1点

〔再診での算定は1月に1回〕

〔調剤での算定は6月に1回〕

※ この加算は、医療機関・薬局が薬剤情報等の患者情報を取得・活用を要件として、より質の高い診療を実施することを評価するもの  
 ※ 現行の加算は、オンライン請求を行っていることが要件となっているが、今般の特例として、令和5年12月末までにオンライン請求を開始する旨の届出を行っている保険医療機関・保険薬局に限り、この要件を満たすものとみなす（令和5年4～12月の特例）

## 9. 同時改定に向けて

# 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①

(令和5年1月18日中医協)

## 1. 背景

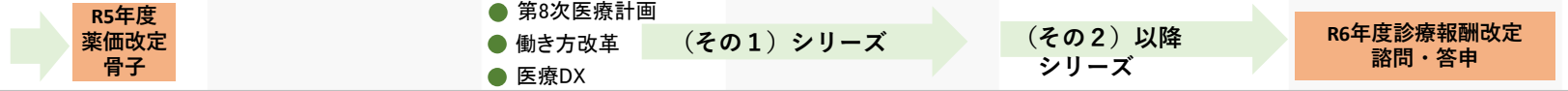
令和6年度の診療報酬改定に向けては、下記の人口動態や社会情勢の変化や医療提供体制改革等を踏まえ、検討を進めることとしてはどうか。

- 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）

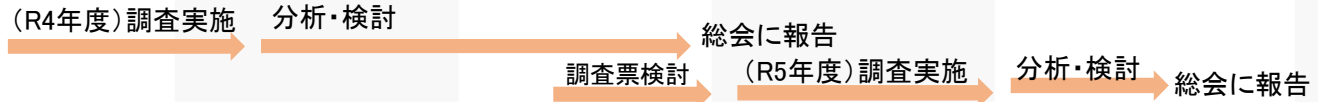
令和4年 12月 令和5年 1月 2月 3月 4月 5月 6月 7月 8月 9月 10月 11月 12月 令和6年 1月 2月 3月

## 中医協総会

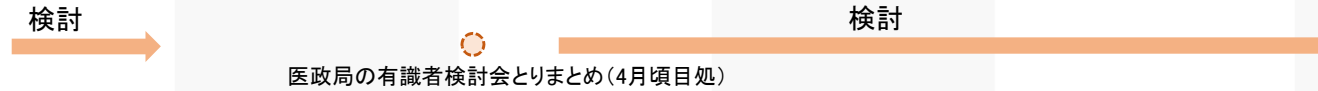


## 専門部会

○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

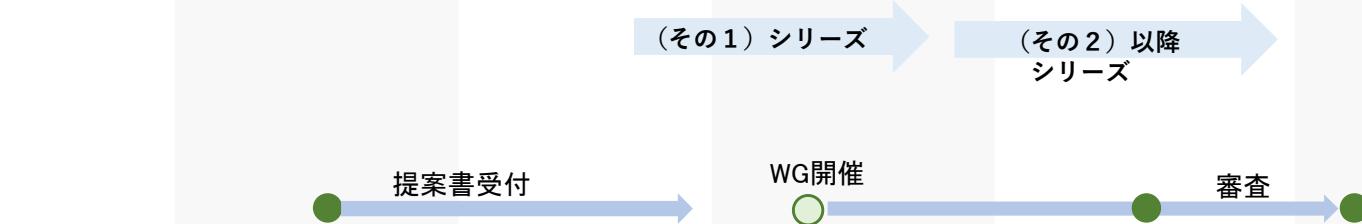


## 小委員会

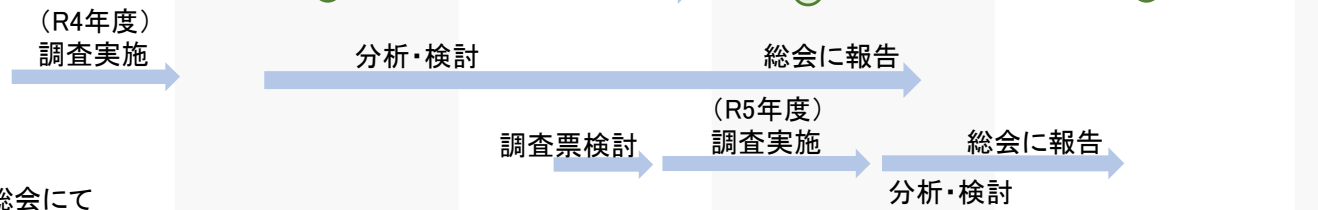
○診療報酬基本問題小委員会

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

第1回 第2回 第3回

# 令和6年度の同時改定に向けた意見交換会

(令和5年1月18日中医協)

## 議題

各報酬の対象者が今後直面すると考えられる課題（以下）を念頭に今後調整を行う。

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. 高齢者施設・障害者施設等における医療
3. 認知症
4. リハビリテーション・口腔・栄養
5. 人生の最終段階における医療・介護
6. 訪問看護
7. 薬剤管理
8. その他

開催時期と頻度：令和5年3月以降、3回程度の開催を予定

# 10. まとめ





## 社会保障の構造（自助・共助・公助）

### 人口構成の急激な変化

#### 社会保障と税の一体改革以降の動き

→ 地域医療構想・地域包括ケア

#### 全世代型社会保障構築会議

→ かかりつけ医制度整備

### 診療報酬・介護報酬の改定経緯と個別項目

#### <メッセージ（私見）>

今後 認知症ケアとリハビリの重要性が増す

#### 同時改定の方向

医療：生活者の視点の重視

介護：医療の視点の維持