

資料 No.1

<令和5年度地域包括医療・ケア研修会>

-令和6年1月12日(金)/1日目-13:45~14:55

講演 I

国民健康保険制度と地域包括ケアシステム

■講師

厚生労働省保険局国民健康保険課長

笹子 宗一郎 氏

■司会

国診協副会長

千葉県:国保直営総合病院君津中央病院長

海保 隆

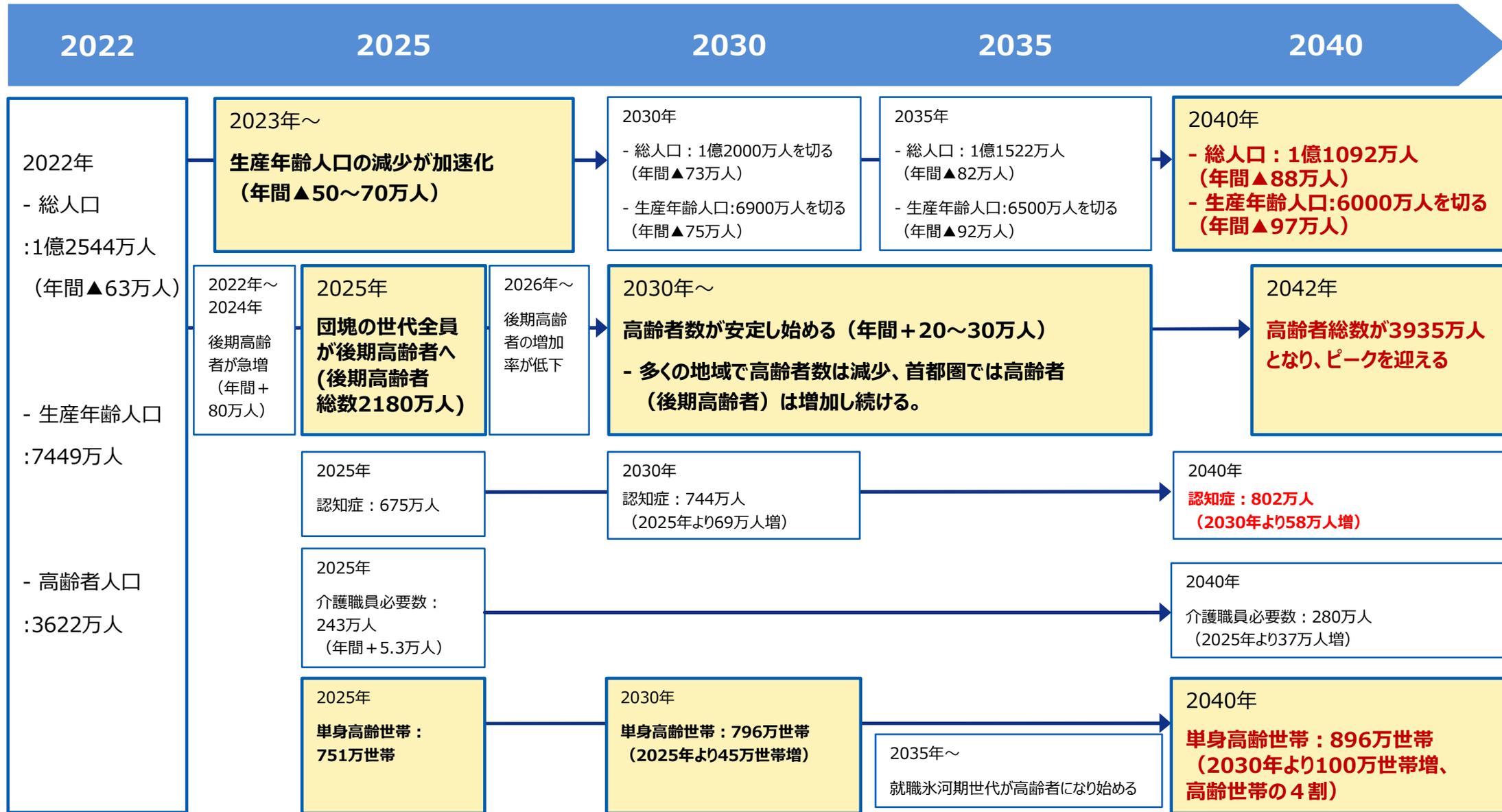
令和5年度地域包括医療・ケア研修会 国民健康保険制度と地域包括ケアシステム

厚生労働省保険局

国民健康保険課長 笹子宗一郎

1 社会保障制度の基本的方向性

2040年までの人口等に関する見通し

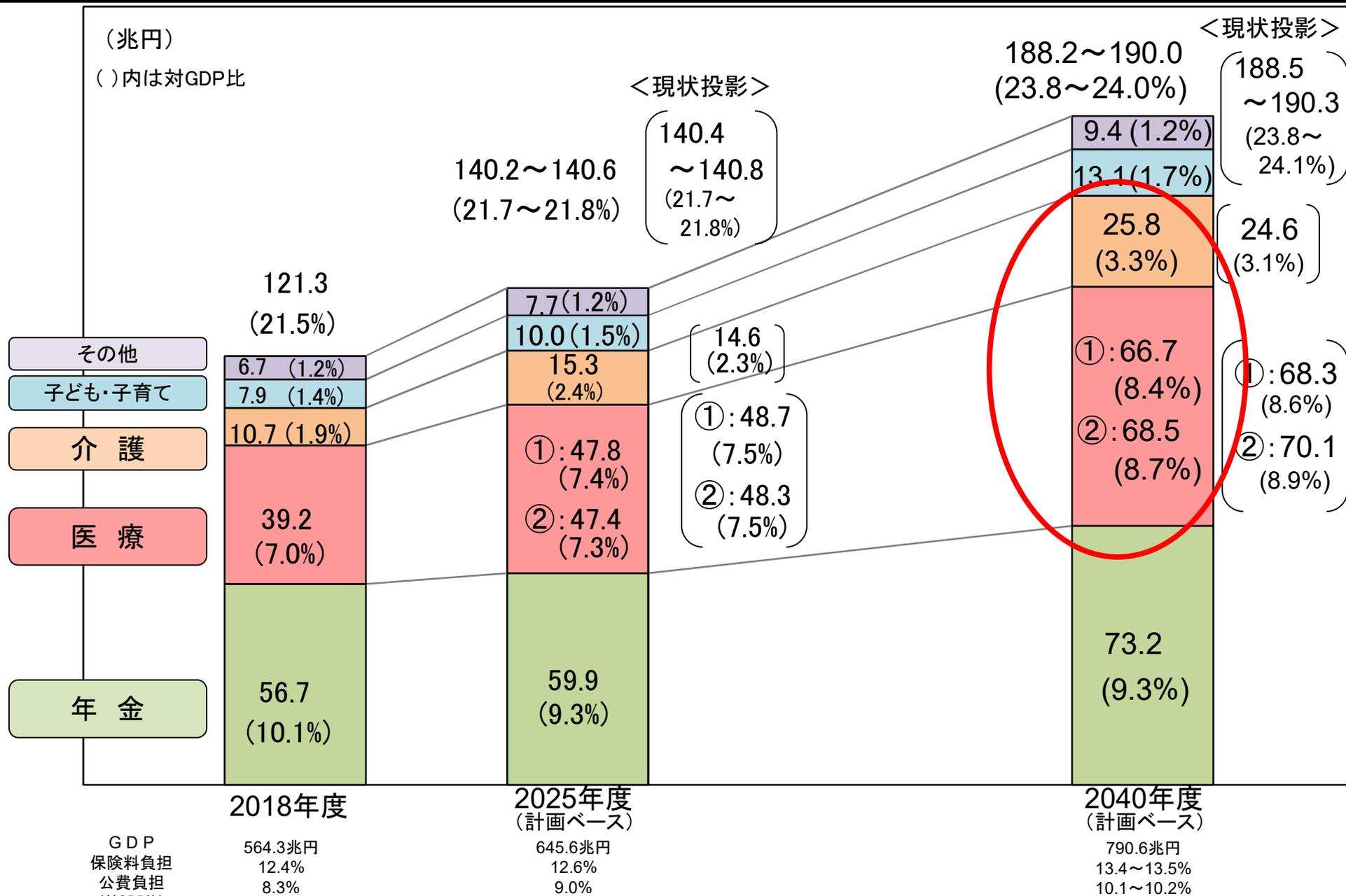


【出典】

- ・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。

社会保障給付費の見通し

2040年を見据えた社会保障の将来見通し（議論の素材）－概要－（内閣官房・内閣府・財務省・厚生労働省 平成30年5月21日）より



(注1) 医療については、単価の伸び率の仮定を2通り設定しており、給付費も2通り(①と②)示している。

(注2) 「計画ベース」は、地域医療構想に基づく2025年度までの病床機能の分化・連携の推進、第3期医療費適正化計画による2023年度までの外来医療費の適正化効果、第7期介護保険事業計画による2025年度までのサービス量の見込みを基礎として計算し、それ以降の期間については、当該時点の年齢階級別の受療率等を基に機械的に計算。なお、介護保険事業計画において、地域医療構想の実現に向けたサービス基盤の整備については、例えば医療療養病床から介護保険施設等への転換分など、現段階で見通すことが困難な要素があることに留意する必要がある。

※ 平成30年度予算ベースを足元に、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)」、内閣府「中長期の経済財政に関する試算(平成30年1月)」等を踏まえて計算。なお、医療・介護費用の単価の伸び率については、社会保障・税一体改革時の試算の仮定を使用。

- 2040年を展望すると、高齢者の人口の伸びは落ち着き、現役世代（担い手）が急減する。
→「総就業者数の増加」とともに、「より少ない人手でも回る医療・福祉の現場を実現」することが必要。
- 今後、国民誰もが、より長く、元気に活躍できるよう、以下の取組を進める。
①多様な就労・社会参加の環境整備、②健康寿命の延伸、③医療・福祉サービスの改革による生産性の向上
④給付と負担の見直し等による社会保障の持続可能性の確保
- また、社会保障の枠内で考えるだけでなく、農業、金融、住宅、健康な食事、創薬にもウイングを拡げ、関連する政策領域との連携の中で新たな展開を図っていく。

2040年を展望し、誰もがより長く元気に活躍できる社会の実現を目指す。

「現役世代の人口の急減という新たな局面に対応した政策課題」

多様な就労・社会参加

【雇用・年金制度改革等】

- 70歳までの就業機会の確保
- 就職氷河期世代の方々の活躍の場を更に広げるための支援
(厚生労働省就職氷河期世代活躍支援プラン)
- 中途採用の拡大、副業・兼業の促進
- 地域共生・地域の支え合い
- 人生100年時代に向けた年金制度改革

健康寿命の延伸

【健康寿命延伸プラン】

- ⇒2040年までに、健康寿命を男女ともに3年以上延伸し、75歳以上に
- ①健康無関心層へのアプローチの強化、
②地域・保険者間の格差の解消により、以下の3分野を中心に、取組を推進
・次世代を含めたすべての人の健やかな生活習慣形成等
・疾病予防・重症化予防
・介護予防・フレイル対策、認知症予防

医療・福祉サービス改革

【医療・福祉サービス改革プラン】

- ⇒2040年時点で、単位時間当たりのサービス提供を5%（医師は7%）以上改善
- 以下の4つのアプローチにより、取組を推進
・ロボット・AI・ICT等の実用化推進、データヘルス改革
・タスクシフティングを担う人材の育成、シニア人材の活用推進
・組織マネジメント改革
・経営の大規模化・協働化

「引き続き取り組む政策課題」

給付と負担の見直し等による社会保障の持続可能性の確保

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で整備すること。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

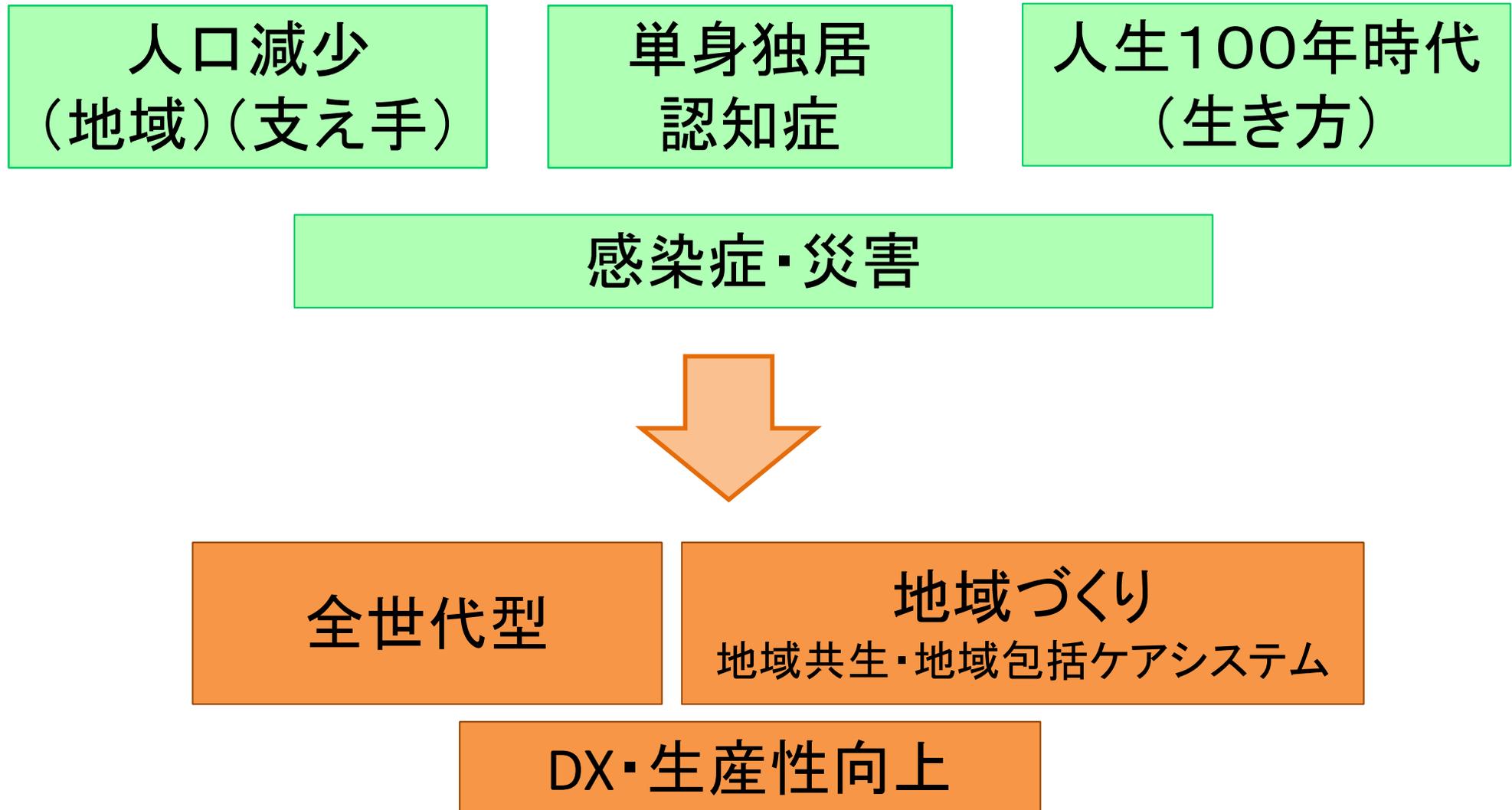
○ 時間軸の視点

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。

2040年に向けた社会経済の変化と対応



2 国民健康保険制度の課題と方向性

令和4年度 医療費の動向

～概算医療費の集計結果～

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

- 令和4年度の概算医療費は46.0兆円、対前年同期比で4.0%の増加、対令和元年度比で5.5%の増加。
なお、対令和元年度比の5.5%の増加は3年分の伸び率であり、1年当たりに換算すると1.8%の増加。
- 令和4年度を受診延日数は、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年度の診療種別では、いずれの診療種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。

診療種別 医療費の対前年伸び率（対前年同期比）（%）

	診療種別 医療費の対前年伸び率（対前年同期比）（%）				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
	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度		
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5年9月7日

第167回社会保障審議会医療保険部会

資料5

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

(兆円、%)

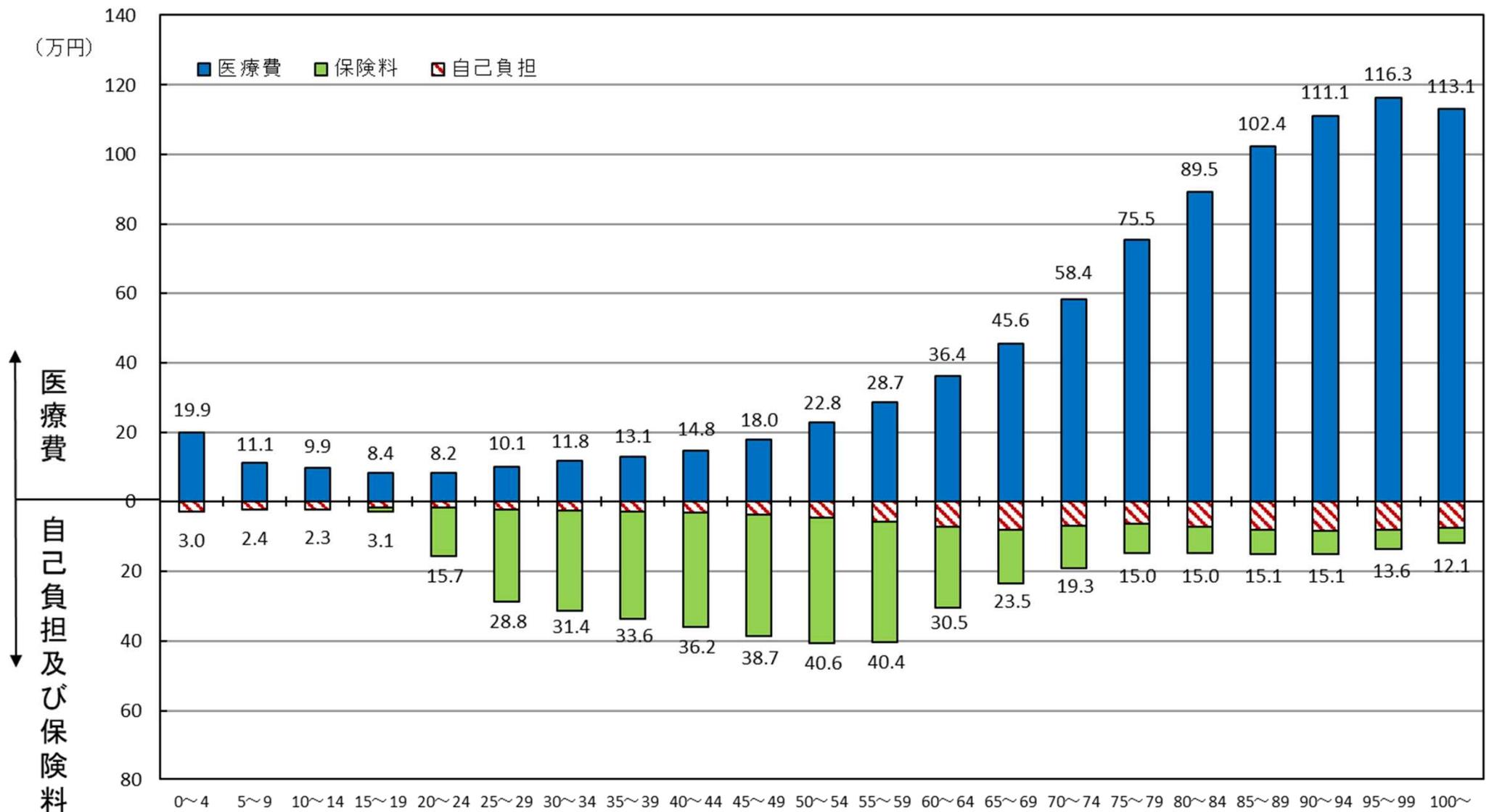
	平成29年度	平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	
概算医療費	42.2	42.6	43.6	42.2	44.2	<u>46.0</u>	令和4年度 対元年度比
対前年増減額	0.9	0.3	1.0	▲ 1.3	2.0	<u>1.8</u>	
伸び率 (①)	2.3	0.8	2.4	▲ 3.1	4.6	<u>4.0</u>	
(休日数等補正後)	(2.3)	(0.9)	(2.9)	(▲ 3.7)	(4.7)	※1 (3.9)	
受診延日数	▲ 0.1	▲ 0.5	▲ 0.8	▲ 8.5	3.3	<u>2.0</u>	
1日当たり医療費	2.4	1.3	3.2	5.9	1.3	<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。

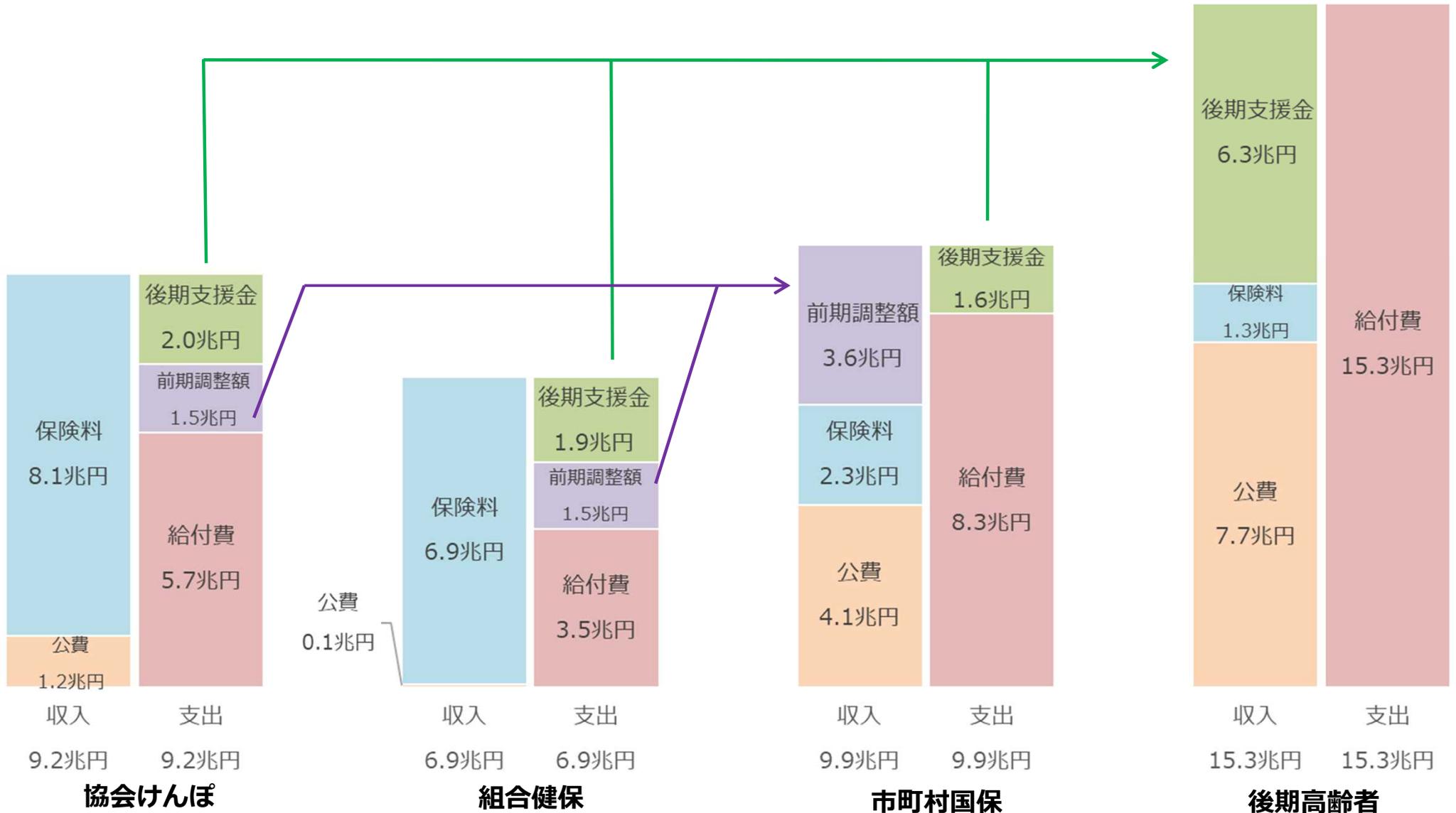
年齢階級別 1 人あたり医療費、自己負担額及び保険料の比較（年額） （令和 2 年度実績に基づく推計値）



- (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、国民健康保険被保険者実態調査、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。

制度別の財政負担の調整（令和2年度）

○ 医療保険制度では、年齢構成による医療費の違いなどに起因する財政の負担を調整するために、前期高齢者の給付費の負担を調整。後期高齢者の給付費の一部も、他の制度から支援金という形で負担している。



注1 前期調整額及び後期支援金の拠出側の合計と交付側の金額が一致しないのは、表示されていない他制度（共済組合など）があるため。

注2 「前期調整額」には、退職拠出金も含む。また、市町村国保の後期高齢者支援金に係る前期調整額は、「収入」の「前期調整額」に含めており、「支出」の「後期支援金」には調整前の金額を記載している。

各保険者における近年の被保険者数の推移

	平成29年度	平成30年度	令和元年度	令和2年度
協会けんぽ	2,322万人 (+77万人)	2,377万人 (+55万人)	2,480万人 (+104万人)	2,489万人 (+8万人)
健康保険組合	1,649万人 (+20万人)	1,672万人 (+23万人)	1,635万人 (+37万人)	1,642万人 (+7万人)
船員保険	6万人 (+0万人)	6万人 (+0万人)	6万人 (▲0万人)	6万人 (▲0万人)
共済組合	453万人 (+2万人)	454万人 (+1万人)	456万人 (+2万人)	472万人 (+16万人)
国民健康保険	3,148万人 (▲146万人)	3,026万人 (▲122万人)	2,932万人 (▲93万人)	2,890万人 (▲42万人)
後期高齢者医療制度	1,722万人 (+44万人)	1,772万人 (+50万人)	1,803万人 (+31万人)	1,806万人 (+3万人)
合計	9,298万人 (▲3万人)	9,306万人 (+7万人)	9,313万人 (+8万人)	9,305万人 (▲9万人)

※1 各制度の事業年報等を基に作成。

※2 協会けんぽには健康保険法第3条第2項被保険者を含む。

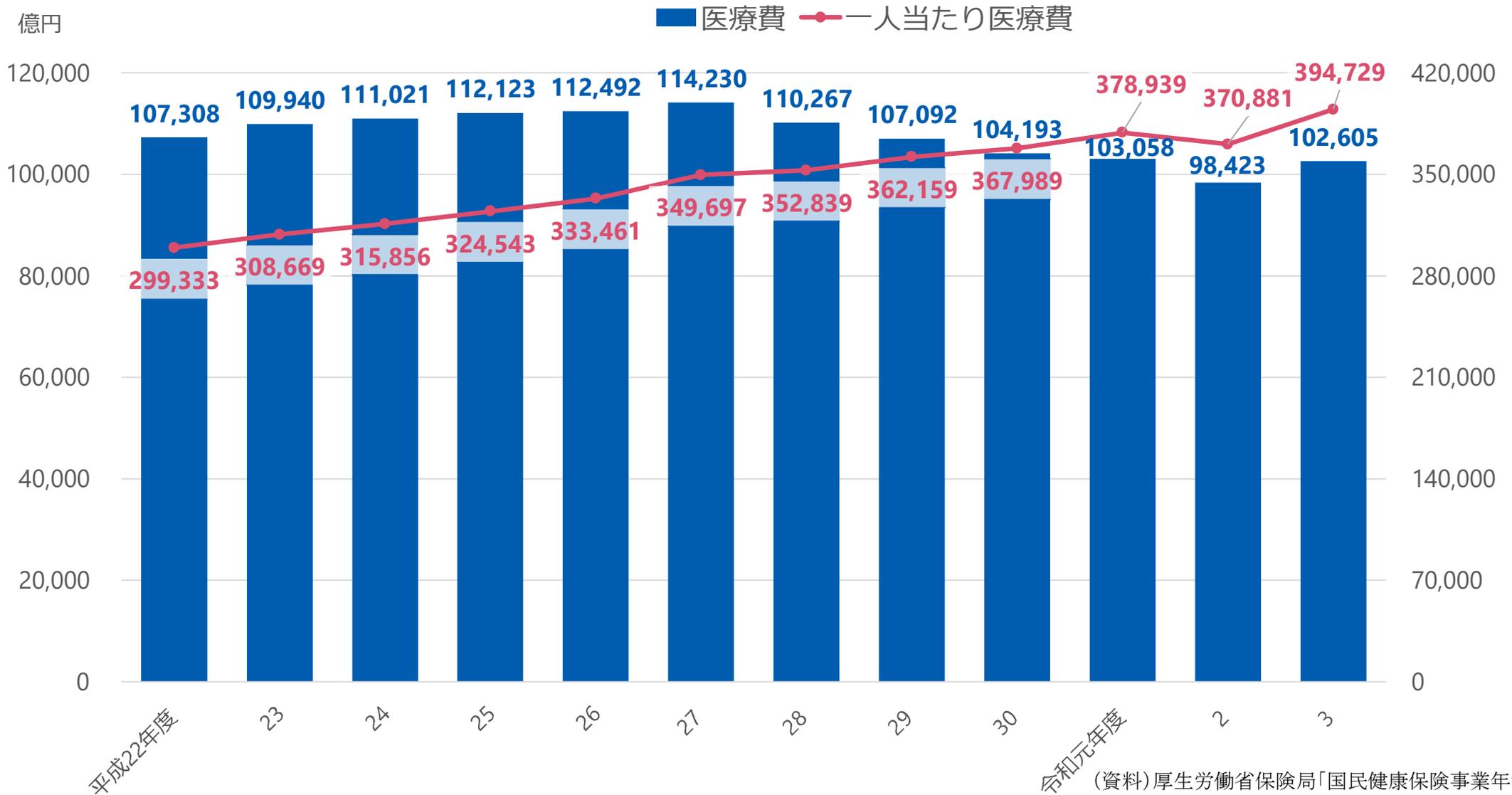
※3 各年度末現在の数値。

※4 括弧内は前年度に対する増減。

※5 端数処理のため、合計及び増減が一致しない場合がある。

市町村国保の医療費、1人当たり医療費の推移

- 市町村国保の医療費は平成28年度以降減少していたが、令和3年度は増加し10兆2,065億円となっている。
- 一人当たり医療費は増加傾向にあり、令和3年度は394,729円となっている。



(資料) 厚生労働省保険局「国民健康保険事業年報」
 (注) 3月～2月診療ベース

全世代対応型の社会保障制度改革

- 令和5年健保法等改正：2月7日国会提出、5月12日成立、19日公布（施行通知）
- 国保の産前産後相当分(4ヶ月分)の保険料免除（全額を国費と地財措置）：令和6年1月施行
- 出産育児一時金の費用の一部を後期高齢者医療制度が支援：令和6年度施行
 - ・ 出産育児一時金：42万円→50万円に引上げ（政令） 令和5年度に限り一部費用を国が補助
 - ・ 国保は、出産育児一時金の3分の2を地財措置により国が負担
- 後期高齢者負担率の見直し（現役世代と後期高齢者の負担の伸びを同じに）：令和6年度施行
- 医療費適正化：都道府県ごとに保険者協議会を必置、都道府県の役割及び責務の明確化
- 国民健康保険団体連合会：業務運営の基本理念に、レセプトの分析等を通じた医療費適正化等に努めることを追加。医療費適正化に資する情報の収集、整理・分析、結果の活用の促進に関する業務ができることを追加。 ※支払基金法も同じ改正

国民健康保険制度改革の状況

国保が抱える構造的課題

- ① 年齢構成が高く、医療費水準が高い
- ② 所得水準が低い
- ③ 保険料負担が重い
- ④ 保険料（税）の収納率
- ⑤ 一般会計繰入・繰上充用
- ⑥ 財政運営が不安定になるリスクの高い小規模保険者の存在
- ⑦ 市町村間の格差



国保改革（平成30年度～）

- ① 財政運営の都道府県単位化・都道府県と市町村の役割分担
 - ・都道府県が財政運営の主体となり、安定的な財政運営や効率的な事業運営の確保等の国保運営に中心的な役割を担う
 - ・市町村は、資格管理、保険給付、保険料率の決定、賦課・徴収、保健事業等、地域におけるきめ細かい事業を引き続き担う
 - ・都道府県が統一的な方針として国保運営方針を示し、市町村が担う事務の効率化、標準化、広域化を推進
 - ・都道府県に財政安定化基金を設置
- ② 財政支援の拡充
 - ・財政支援の拡充により、財政基盤を強化（毎年約3,400億円）
低所得者対策の強化、保険者努力支援制度 等

今後の主な課題

平成30年度改革が現在概ね順調に実施されており、引き続き、財政運営の安定化を図りつつ、「財政運営の都道府県単位化」の趣旨の深化を図るため、令和3年度からの国保運営方針に基づき、都道府県と市町村の役割分担の下、以下の取組を進める。

○法定外繰入等の解消

赤字解消計画の策定・状況の見える化等を通じて、解消に向けた実行性のある取組を推進

○保険料水準の統一に向けた議論

将来的には都道府県での保険料水準の統一を目指すこととし、地域の実情に応じて議論を深めることが重要

○医療費適正化の更なる推進

保険者努力支援制度で予防・健康づくりが拡充されたことも踏まえ、都道府県内全体の医療費適正化に資する取組を推進

※上記の他、国会での附帯決議、骨太方針・改革工程表、地方団体の要望事項等について、地方団体と協議を進める。

国保関連システムの概況

1. 自治体システムの標準化

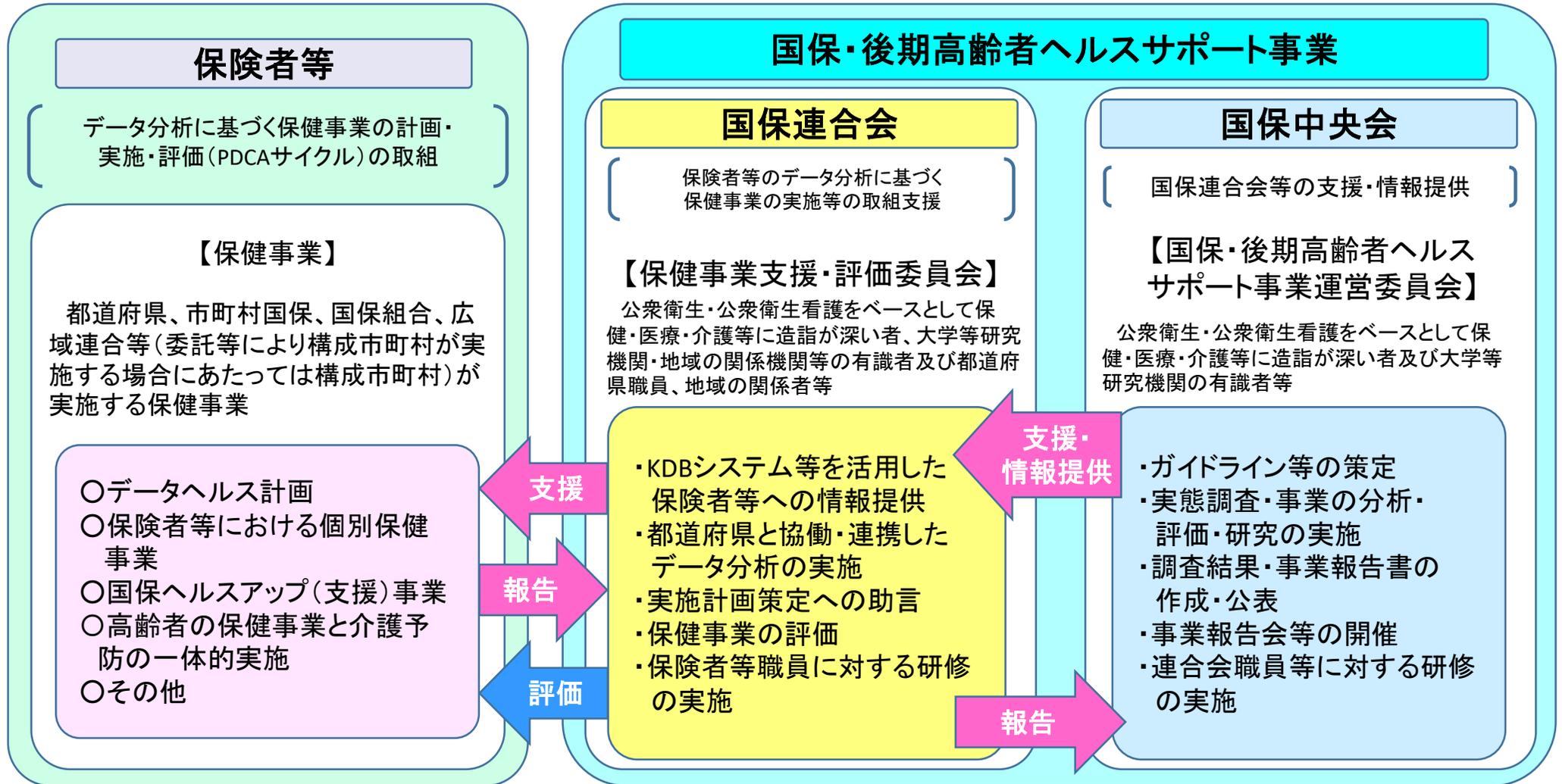
- 自治体システム標準化法（令和3年）：市町村は、令和7年度末までに、同法に基づく標準準拠システムの導入が義務付けられ、ガバメントクラウドの利用が努力義務となっている。
※令和5年度～7年度：移行支援期間
- 国保システムは、標準化が義務付けられる基幹業務の一つ。厚労省と国保中央会では、デジタル庁と連携して、ガバメントクラウドに対応して、市町村事務処理標準システムを改修（令和4年度にガバメントクラウドに実装）。令和5年度・6年度に、中大規模の政令市に対応した機能を実装するための追加改修。全市町村への導入を支援（特別調整交付金で補助）。

2. 審査支払システムの共同利用

- 厚生労働省、支払基金と国保中央会において策定した「審査結果の不合理的な差異の解消」及び「支払基金と国保中央会・国保連のシステムの整合的かつ効率的な在り方の実現」に向けた工程表を踏まえ、審査支払システムの共同利用に向けた取組を進めている。
- 国保総合システムは、令和6年度に更改予定。工程表を踏まえた対応とともに、クラウドへの最適化をさらに進める必要。

3 予防・健康づくり等

国保・後期高齢者ヘルスサポート事業の全体像



○ 都道府県国保ヘルスアップ支援事業の全て、市町村国保ヘルスアップ事業の一部及び高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施の一部については、保健事業支援・評価委員会等から評価を受けることが交付要件となっている。

国民健康保険制度における保健事業について

保険者における予防・健康づくりの取組やデータヘルスの取組が円滑に進むよう支援するために、厚生労働省保険局国民健康保険課では、**データヘルス計画策定の手引きや保健事業に係る各種実態調査等の結果、保険者における保健事業の取組事例などの参考となる資料を掲載**しています。ぜひご活用ください。

https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryuu/iryuuhoken/hokenjigyuu/index_00011.html



データヘルス計画

- データヘルス計画策定の手引き
- PDCAサイクルに沿った保健事業等の取組事例の調査分析事業
- データヘルス計画に基づく保健事業の実態調査等事業
- 令和3年度データヘルス計画に基づく保健事業の実態調査等事業 など

糖尿病性腎症重症化予防プログラム

- 重症化予防（国保・後期広域）ワーキンググループ
- 糖尿病性腎症重症化予防プログラムの改定について
- 糖尿病性腎症重症化予防の推進に向けた広報事業
- 糖尿病性腎症重症化予防プログラムの効果検証事業 など

保健事業の取組事例

- 国保ヘルスアップ（支援）事業先進的モデル事業
- PDCAサイクルに沿った保健事業等の取組事例の調査分析事業
- データヘルス計画に基づく保健事業の実態調査等事業 取組事例
- 国民健康保険における予防・健康づくりに関する調査分析事業 取組事例 など

国民健康保険保健事業の実施計画（データヘルス計画）策定の手引き【改正のポイント（一例）】

- 共通の評価指標を設定するにあたっては、計画の策定等に必要のものであり、かつKDBシステムから算出できるものや他計画等で把握すべき指標等、可能な限り、保険者が情報収集しやすいものとする。
- 共通の評価指標は、都道府県と域内保険者とが相談の上、設定するものであるが、共通の評価指標例を以下のとおり例示する。
- 計画の標準化は、保険者の健康課題を効果的・効率的に解決するために行うものであり、各保険者において最低限把握すべき情報や評価指標等を統一するものである。

すべての都道府県で設定することが望ましい指標（例）

指標（例）	分母	分子	考え方（指標の必要性）
①特定健康診査実施率	特定健康診査対象者数	特定健康診査受診者数	<ul style="list-style-type: none"> ・ 特定健康診査の対象者が実際に受診したかを測るアウトプット指標 ・ 実施率が低い場合、特定健康診査で早期発見が可能であったはずのメタボリックシンドローム該当者等を発見できず、特定健康診査の効果が下がる
②特定保健指導実施率	特定保健指導対象者数	特定保健指導終了者数	<ul style="list-style-type: none"> ・ 特定保健指導の対象者が実際に保健指導を受け終了したかを測るアウトプット指標 ・ 実施率が低い場合、メタボリックシンドローム該当者等に適切な保健指導ができず、特定保健指導の効果が下がる
③特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率	昨年度の特定保健指導の利用者数	分母のうち、今年度は特定保健指導の対象者ではなくなった者の数（※）	<ul style="list-style-type: none"> ・ 特定保健指導による効果を評価するアウトカム指標 ・ 特定保健指導の実施体制や保健指導の技術的な面等が適切だったかを検討する際に活用する
④HbA1c 8.0%以上の者の割合	特定健康診査受診者のうち、HbA1cの検査結果がある者の数	HbA1c 8.0%以上の者の数	<ul style="list-style-type: none"> ・ 血糖コントロール不良者数の状況を測るアウトカム指標 ・ 糖尿病重症化予防の取組が適切だったかを検討する際に活用する

①～③は、法定報告の数値を用いて算出することを基本とする。 ※詳細は、法定報告に関する通知を参照して集計を行う。

④は、国保データベース（KDB）システムを用いて算出することを基本とする。この場合、該当年度（4月1日～3月31日）の集計値、KDBシステムであると翌年度の11月処理時点以降の値を参照する。それ以前における値を暫定値として用いても良い。

※ 上記指標とは別に、「地域の実情に応じて都道府県が設定する指標（例）」があり、「血圧が保健指導判定値以上の者の割合」、「前期高齢者のうち、BMIが20kg/m²以下の者の割合」、「運動習慣のある者の割合」等の指標を例示している。

糖尿病性腎症重症化予防の取組の基本的な方向性

基本的な方向性

- 重症化予防に取り組む市町村は順調に増加しており9割以上の市町村国保で実施されているが、取組状況については保険者ごとに差がみられることから、引き続き取組を推進するとともに、今後は地域における重症化予防の取組の充実・底上げを図る。
- 特に、以下の点に留意する。
 - ① 都道府県の体制整備(都道府県版プログラム改定等)の推進
 - ② 市町村と糖尿病対策推進会議等との連携の強化
 - ③ 対象者層の明確化とそれに応じた適切な介入の推進
 - ④ 保険者・かかりつけ医・専門医・専門職による連携の強化
 - ⑤ 保険者間の連携・一体実施

今後の予定

1. 重症化予防プログラム等の改訂

大規模実証事業の結果や自治体の取組状況等を踏まえて、**プログラムと事業実施の手引きを改訂(令和5年度)**

2. 調査研究

- 取組状況や課題を分析
- 取組の質を向上させる具体的方策の検討



3. 重症化予防事業の更なる推進等

- 好事例の収集、自治体規模等に応じた事例の公表等
- 効果的な研修方法の検討(国保中央会実施)
- 都道府県ごとに自治体職員対象セミナーの実施(国保連合会実施)

4. 取組に対する財政支援

- 市町村が実施する保健事業に対する助成
 - ・ 国保ヘルスアップ事業 ※市町村が実施する特定健診未受診者対策、生活習慣病重症化予防等に係る経費等を助成
- 都道府県が実施する保健事業等に対する助成
 - ・ 都道府県国保ヘルスアップ支援事業 ※都道府県が実施する基盤整備、現状把握・分析等に係る経費等を助成
- 広域連合が実施する保健事業に対する助成 ※高齢者の低栄養防止・重症化予防等に係る経費を助成

5. 保険者努力支援制度等の保険者インセンティブによる評価

自治体における取組状況等を踏まえつつ、取組の質の向上に向けて、適宜、評価指標の見直し

令和6年度の保険者努力支援制度 取組評価分

市町村分（500億円程度）

保険者共通の指標

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

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

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

- がん検診受診率
- 歯科健診受診率

指標③生活習慣病の発症予防・重症化予防の取組の実施状況

- 生活習慣病の発症予防・重症化予防の取組の実施状況
- 特定健診受診率向上の取組実施状況

指標④ 広く加入者に対して行う予防・健康づくりの取組の実施状況

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

指標⑤ 加入者の適正受診・適正服薬を促す取組の実施状況

- 重複**投与者**・多剤投与者に対する取組
- 薬剤の適正使用の推進に対する取組

指標⑥ 後発医薬品の使用促進等に関する取組の実施状況

- 後発医薬品の促進等の取組・使用割合

国保固有の指標

指標① 収納率向上に関する取組の実施状況

- 保険料（税）収納率
- ※過年度分を含む

指標② 医療費の分析等に関する取組の実施状況

- データヘルス計画の実施状況

指標③ 給付の適正化に関する取組の実施状況

- 医療費通知の取組の実施状況

指標④ 地域包括ケア推進・一体的実施の実施状況

- 国保の視点からの地域包括ケア推進・一体的実施の取組

指標⑤ 第三者求償の取組の実施状況

- 第三者求償の取組状況

指標⑥ 適正かつ健全な事業運営の実施状況

- 適切かつ健全な事業運営の実施状況
- 法定外繰入の解消等

都道府県分（500億円程度）

指標① 主な市町村指標の都道府県単位評価

- 主な市町村指標の都道府県単位評価(※)
 - ・特定健診・特定保健指導の実施率
 - ・糖尿病等の重症化予防の取組状況
 - ・個人インセンティブの提供
 - ・**個人への分かりやすい情報提供の実施**
 - ・後発医薬品の使用割合
 - ・保険料収納率
 - ・重複**投与者**・多剤投与者に対する取組
- ※都道府県平均等に基づく評価

指標② 医療費適正化のアウトカム評価

- 年齢調整後一人当たり医療費
 - ・その水準が低い場合
 - ・前年度(過去3年平均値)より一定程度改善した場合
- 重症化予防のマクロ的評価
 - ・年齢調整後新規透析導入患者数が少ない場合
- 重複**投与者数**・多剤投与者数
 - ・**重複投与者数が少ない場合**
 - ・**多剤投与者数が少ない場合**

指標③ 都道府県の取組状況

- 都道府県の取組状況
 - ・医療費適正化等の主体的な取組状況
(保険者協議会、データ分析、重症化予防、重複・多剤投与者への取組 等)
 - ・法定外繰入の解消等
 - ・保険料水準の統一
 - ・医療提供体制適正化の推進
 - ・事務の広域的及び効率的な運営の推進

令和5年度 国民健康保険保険者努力支援交付金(予防・健康づくり支援)の支援対象事業

国民健康保険被保険者の健康の保持増進に係る事業を支援することを目的とする

都道府県国保ヘルスアップ支援事業

市町村とともに国保の共同保険者である都道府県が、区域内の市町村ごとの健康課題や健康保持増進事業の実施状況を把握するとともに、市町村における保健事業の健全な運営に必要な助言及び支援を行うなど、共同保険者としての役割を積極的に果たすために実施する国民健康保険の健康保持増進事業

<事業区分>

- | | |
|------------------------------|------------------------------|
| A 市町村が実施する保健事業の更なる推進に資する基盤整備 | D 人材の確保・育成事業 |
| B 市町村の現状把握・分析 | E データ活用により予防・健康づくりの質の向上を図る事業 |
| C 都道府県が実施する保健事業 | F モデル事業 |

市町村国保ヘルスアップ事業

国保被保険者の健康の保持増進、疾病予防、生活の質の向上等を目的に、国保一般事業、生活習慣病予防対策、生活習慣病等重症化予防対策、重複・頻回受診者等に対する対策を実施するものであり、国保被保険者に対しての取組として必要と認められ、安全性と効果が確立された方法により実施する事業

<事業区分>

- | | |
|------------------|-------------------------------------|
| ①国保一般事業 | : 健康教育、健康相談、健康づくりを推進する地域活動等 |
| ②生活習慣病予防対策 | : 特定健診未受診者対策、早期介入保健指導事業等 |
| ③生活習慣病等重症化予防対策 | : 生活習慣病重症化予防、糖尿病性腎症重症化予防、保健指導 |
| ④重複・頻回受診者等に対する対策 | : 重複・頻回受診者に対する保健指導、重複・多剤服薬者に対する保健指導 |

第4期の見直しの概要（特定健診）

質問項目の見直しについて

- 標準的な質問項目に関する基本的な考え方について、「地域の健康状態の比較に資する項目」を「地域間及び保険者間の健康状態の比較に資する項目」に修正する。
- 喫煙に関する質問項目について、「過去喫煙していたが、現在は喫煙しない者」を区別するための回答選択肢を追加するとともに、「現在、習慣的に喫煙している者」についても現行の定義を維持した上で、分かりやすい表現に修正する。
- 飲酒に関する質問項目について、「生活習慣病のリスクを高める量を飲酒している者」をより詳細に把握できるように、飲酒頻度と飲酒量の回答選択肢を細分化するとともに、「禁酒者」を区別するための回答選択肢を追加する。
- 保健指導に関する質問項目について、特定保健指導の受診歴を確認する質問に変更する。

健診項目の見直しについて

- 「標準的な健診・保健指導プログラム」の「健診検査項目の保健指導判定値」及び階層化に用いる標準的な数値基準について、食事の影響が大きい中性脂肪に、随時採血時の基準値（175 mg/dl）を追加する。

その他

- 「標準的な健診・保健指導プログラム」において、受診勧奨判定値を超えるレベルの場合に直ちに服薬等の治療が開始されるという誤解を防ぐための注釈等を追加するとともに、健診項目のレベルに応じた対応を示しているフィードバック文例集の構成等についても、活用がより一層進むような見直しを行った。
- 「標準的な健診・保健指導プログラム」に、医療関係者への情報提供を目的とした医療機関持参用文書（案）を掲載し、健診受診者が医療機関を受診する際等に持参・活用できるような見直しを行う。

第4期の見直しの概要（特定保健指導）

成果を重視した特定保健指導の評価体系

- 腹囲2 cm・体重2 kg減を達成した場合には、保健指導の介入量を問わずに特定保健指導終了とする等、成果が出たことを評価する体系へと見直し。（アウトカム評価の導入）
- 行動変容や腹囲1 cm・体重1 kg減の成果と、保健指導の介入と合わせて特定保健指導終了とする。保健指導の介入は、時間に比例したポイント設定を見直し、介入1回ごとの評価とする。

特定保健指導の見える化の推進

- 特定保健指導の成果等について見える化をすすめ、保険者等はアウトカムの達成状況の把握や要因の検討等を行い、より質の高い保健指導を対象者に還元する。
- アウトカムの達成状況等について、経年的な成果の達成状況等を把握する。

ICT活用の推進

- 在宅勤務や遠隔地勤務等の多様なニーズに対応することを促進するため、遠隔で行う保健指導については、評価水準や時間設定等は対面と同等とする。
- 保健指導におけるICT活用を推進するため、ICT活用に係る留意点を「特定健康診査・特定保健指導の円滑な実施に向けた手引き」や「標準的な健診・保健指導プログラム」で示す。

4 こども・子育て支援

加速化プランを支える安定的な財源の確保

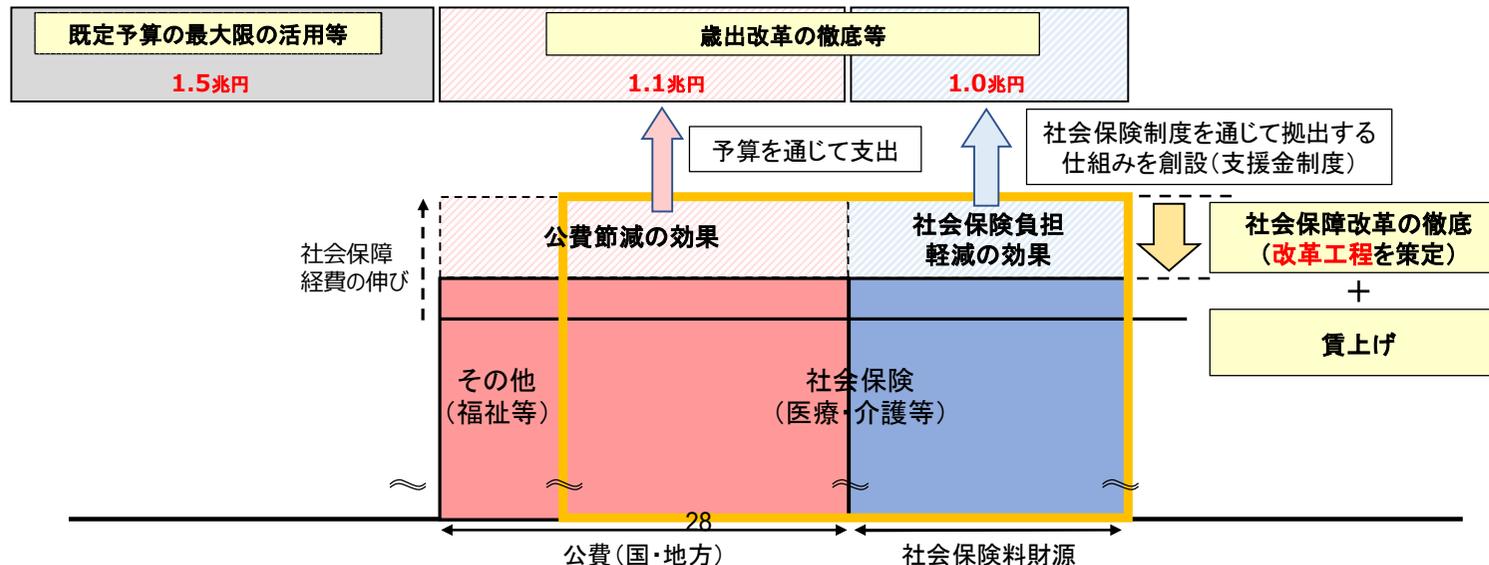
(実質的な負担とならないよう取り組む中で少子化対策を実施する)

- 「こども未来戦略方針」(令和5年6月13日閣議決定)は、少子化が我が国の直面する最大の危機であり2030年までがこれを食い止めるラストチャンスであるとの認識の下、3兆円半ばにも及ぶ「加速化プラン」を実現することによって、これまでにない抜本的な政策強化を図ることとした。これにより、我が国の一人当たり家族関係支出はOECDトップ水準のスウェーデンに達する水準となり、画期的に前進する。
- 加速化プランの実施に当たり、こども家庭庁の下に、2025年度にこども・子育て支援特別会計(いわゆる「こども金庫」)を創設し、既存の特別会計事業を統合しつつこども・子育て政策の全体像と費用負担の見える化を進める。
- 加速化プランを支える財源については、歳出改革と賃上げによって実質的な社会保険負担軽減の効果を生じさせ、その範囲内で支援金制度を構築することにより、国民に実質的な負担が生じないこととした。2028年度までに、既定予算の最大限の活用等、歳出改革による公費節減及び支援金制度の構築により、安定財源を確保する。戦略方針は「若い世代の所得を増やす」ことを基本理念の第一に掲げ、賃上げなど経済成長への取組を先行させることとしている。

【歳出面】 加速化プラン完了時点 3.6兆円



【歳入面】 加速化プランの財源 = 歳出改革の徹底等



全世代型社会保障構築を目指す改革の道筋（改革工程）

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

主な改革項目と工程

※ 2040年頃を見据えた中長期的取組については、省略。

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

5 地域包括ケアシステムの深化 と地域共生社会の実現

地域包括ケアシステムの「植木鉢」

地域生活はこうやって支える：地域包括ケアシステムの植木鉢

関係者が「まとまる」取組

葉っぱ：多職種連携

土：地域づくり

関係者が「まじわる」取組



資格や専門的な知識をもった専門職

医師、看護師、リハビリテーション職、介護職、ケアマネジャー、保健師、ケースワーカー。介護保険は引き続き生活支援サービスも提供するが、より「専門職にしかできない業務」に集中。バラバラに経営されている事業者が連携してチームに。

日常生活／地域生活

地域の様々な主体や関係者を表している。住民グループは趣味の会、ボランティアグループ、民生委員、町内会、ご近所づきあい、民間企業、商店街、コンビニ、郵便局など。多様な資源を組み合わせ多様な選択肢を提示することで、住民は、心身能力が低下しても従前の生活を維持しやすくなる。

出所) 植木鉢の絵：三菱UFJリサーチ&コンサルティング「地域包括ケアシステム構築に向けた制度及びサービスのあり方に関する研究事業報告書」（地域包括ケア研究会）、平成27年度老人保健健康増進等事業。

地域における医療及び介護の総合的な確保の促進に関する法律

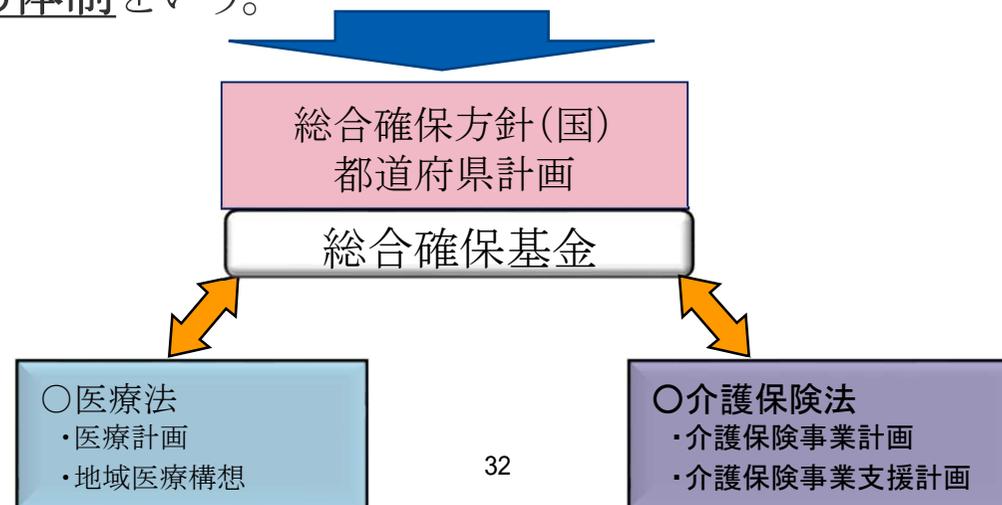
(平成元年法律第六十四号)

(目的)

第一条 この法律は、国民の健康の保持及び福祉の増進に係る多様なサービスへの需要が増大していることに鑑み、地域における創意工夫を生かしつつ、地域において効率的かつ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することを通じ、地域における医療及び介護の総合的な確保を促進する措置を講じ、もって高齢者をはじめとする国民の健康の保持及び福祉の増進を図り、あわせて国民が生きがいを持ち健康で安らかな生活を営むことができる地域社会の形成に資することを目的とする。

(定義)

第二条 この法律において「地域包括ケアシステム」とは、地域の実情に応じて、高齢者が、可能な限り、住み慣れた地域で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、医療、介護、介護予防(要介護状態若しくは要支援状態となることの予防又は要介護状態若しくは要支援状態の軽減若しくは悪化の防止をいう。)、住まい及び自立した日常生活の支援が包括的に確保される体制をいう。



【現行】

意義

- 「団塊の世代」が全て75歳以上となる2025年に向け、利用者の視点に立って切れ目のない医療及び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) 効率的で質の高い医療提供体制の構築と地域包括ケアシステムの構築
- (2) 地域の創意工夫を活かせる仕組み
- (3) 質の高い医療・介護人材の確保と多職種連携の推進
- (4) 限りある資源の効率的かつ効果的な活用
- (5) 情報通信技術（ICT）の活用

【見直し案】

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・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
 - (2) サービス提供人材の確保と働き方改革
 - (3) 限りある資源の効率的かつ効果的な活用
 - (4) デジタル化・データヘルスの推進**
 - (5) 地域共生社会の実現**
- (別添) ポスト2025年の医療・介護提供体制の姿

介護支援専門員法定研修カリキュラムの見直しについて

背景

- 介護、医療及び福祉の実践の方法や技術、介護保険をはじめとする社会保障制度やそれを取り巻くさまざまな環境は、常に変化しており、独居の要介護高齢者、認知症や精神疾患を有する要介護高齢者、医療処置を要する要介護高齢者、支援を必要とする家族等、介護支援専門員が実際に現場で対応している利用者像も多様化し、複雑化している
- 現行の介護支援専門員の法定研修のカリキュラムは平成28年度から施行されているところであるが、介護支援専門員に求められる能力や役割の変遷及び昨今の施策動向等を踏まえ、「介護支援専門員の資質向上に資する研修等の在り方に関する調査研究事業」（令和3年度老人保健健康増進等事業）においてカリキュラムの見直しについての検討を進めた

※ 令和6年4月の施行予定

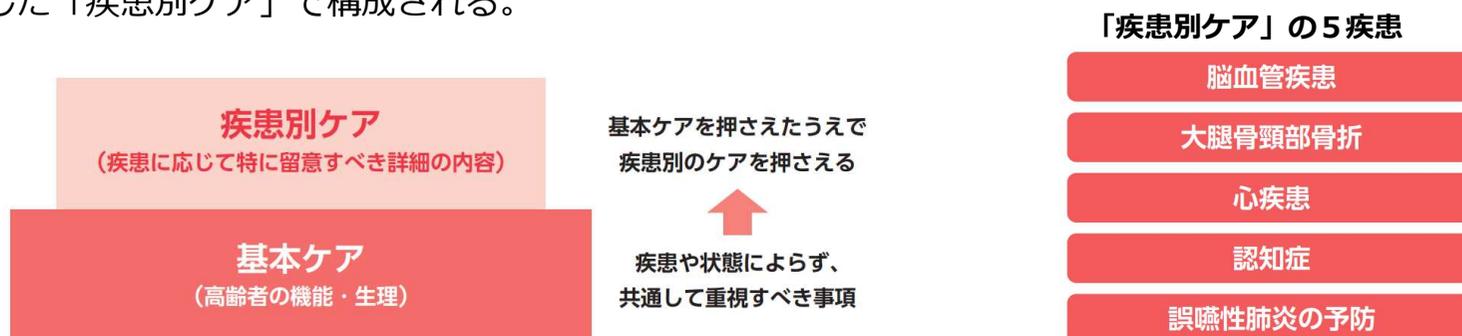
カリキュラム見直しのポイント

- 幅広い視点で生活全般を捉え、生活の将来予測や各職種の視点や知見に基づいた根拠のある支援の組み立てを行うことが介護支援専門員に求められていることを踏まえ、高齢者の生活課題の要因等を踏まえた支援の実施に必要な知識や実践上の留意点を継続的に学ぶことができるように、**適切なケアマネジメント手法の考え方を科目類型として追加**
- 認知症や終末期などで意思決定支援を必要とする利用者・世帯がさらに増えるとともに、根拠のある支援の組み立てに向けて学ぶべき知識や技術の変化が今後も進むと考えられる中で、職業倫理の重要性は一層高まることが見込まれるため、**権利擁護や意思決定支援など職業倫理についての視点を強化**
- 地域共生社会の実現に向け、介護保険以外の領域も含めて**、制度・政策、社会資源等についての近年の動向（地域包括ケアシステム、認知症施策大綱、仕事と介護の両立、ヤングケアラー、科学的介護（LIFE）、意思決定支援等）を踏まえた見直しを行う
- 法定研修修了後の継続研修（法定外研修、OJT等）で実践力を養成することを前提に、**カリキュラム全体の時間数は増やさず、継続研修への接続を意識した幅広い知識の獲得に重きを置いた時間配分（＝講義中心）に見直す**

適切なケアマネジメント手法の概要

適切なケアマネジメント手法の構成

- 「適切なケアマネジメント手法」は、ケアマネジャーの実践知と各職域で培われてきた知見に基づいて想定される支援内容を体系化し、その必要性や具体化を検討するためのアセスメント／モニタリングの項目を整理したもの。
- 本人の状態や有する疾患によらず共通して重視すべき視点や事項を整理した「基本ケア」と、疾患に応じて特に留意すべき点等を整理した「疾患別ケア」で構成される。



引用：日本総合研究所，「適切なケアマネジメント手法」の手引き（令和2年度老人保健健康増進等事業「適切なケアマネジメント手法の普及促進に向けた調査研究事業」）

「基本ケア」及び「疾患別ケア」の項目構成

- 「基本ケア」及び「疾患別ケア」では、①想定される支援内容、②支援の概要・必要性、③適切な支援内容とするための関連するアセスメント／モニタリング項目等を一体的に整理している。

想定される支援内容				支援の概要・必要性	適切な支援内容とするための関連するアセスメント／モニタリング項目等		
(基本方針)	大項目	中項目	想定される支援内容(小項目)	支援の概要・必要性	主なアセスメント項目	主なモニタリング項目	相談すべき専門職
			<ul style="list-style-type: none"> 尊厳の保持や自立支援に基づく基本的な考え方 疾患への医療的なアプローチにとどまらず、本人や家族の疾患への理解促進や状況が変化した際の体制構築など、ケアマネジメントが果たすべき役割を踏まえたもの 	<ul style="list-style-type: none"> どのような支援を、誰が行うか、その支援がなぜ必要になり得るかを列挙したもの 	<ul style="list-style-type: none"> 想定される支援内容ごとに、その必要性や妥当性を判断するために確認すべき主なアセスメント／モニタリング項目、その際に相談すべき専門職を列挙したもの 		

出典：日本総合研究所，「適切なケアマネジメント手法」の手引き（令和2年度老人保健健康増進等事業「適切なケアマネジメント手法の普及促進に向けた調査研究事業」）

1.目的

認知症の人が尊厳を保持しつつ希望を持って暮らすことができるよう、認知症施策を総合的かつ計画的に推進

⇒ **認知症の人を含めた国民一人一人がその個性と能力を十分に発揮し、相互に人格と個性を尊重しつつ支え合いながら共生する活力ある社会（＝共生社会）の実現を推進**

～共生社会の実現の推進という目的に向け、基本理念等に基づき認知症施策を国・地方が一体となって講じていく～

2.基本理念

認知症施策は、認知症の人が尊厳を保持しつつ希望を持って暮らすことができるよう、①～⑦を基本理念として行う。

- ① 全ての認知症の人が、**基本的人権を享有する個人として、自らの意思によって日常生活及び社会生活を営むことができる。**
- ② 国民が、共生社会の実現を推進するために必要な認知症に関する正しい知識及び認知症の人に関する正しい理解を深めることができる。
- ③ 認知症の人にとって日常生活又は社会生活を営む上で障壁となるものを除去することにより、全ての認知症の人が、**社会の対等な構成員として、地域において安全にかつ安心して自立した日常生活を営むことができるとともに、自己に直接関係する事項に関して意見を表明する機会及び社会のあらゆる分野における活動に参画する機会の確保を通じてその個性と能力を十分に発揮することができる。**
- ④ 認知症の人の意向を十分に尊重しつつ、**良質かつ適切な保健医療サービス及び福祉サービスが切れ目なく提供される。**
- ⑤ 認知症の人のみならず家族等に対する支援により、認知症の人及び家族等が地域において安心して日常生活を営むことができる。
- ⑥ **共生社会の実現に資する研究等を推進するとともに、認知症及び軽度の認知機能の障害に係る予防、診断及び治療並びにリハビリテーション及び介護方法、認知症の人が尊厳を保持しつつ希望を持って暮らすための社会参加の在り方及び認知症の人が他の人々と支え合いながら共生することができる社会環境の整備その他の事項に関する科学的知見に基づく研究等の成果を広く国民が享受できる環境を整備。**
- ⑦ 教育、地域づくり、雇用、保健、医療、福祉その他の各関連分野における総合的な取組として行われる。

3.国・地方公共団体等の責務等

国・地方公共団体は、基本理念にのっとり、認知症施策を策定・実施する責務を有する。

国民は、共生社会の実現を推進するために必要な認知症に関する正しい知識及び認知症の人に関する正しい理解を深め、共生社会の実現に寄与するよう努める。

政府は、認知症施策を実施するため必要な法制上又は財政上の措置その他の措置を講ずる。

※その他保健医療・福祉サービス提供者、生活基盤サービス提供事業者の責務を規定

4.認知症施策推進基本計画等

政府は、認知症施策推進基本計画を策定（認知症の人及び家族等により構成される関係者会議の意見を聴く。）

都道府県・市町村は、それぞれ都道府県計画・市町村計画を策定（認知症の人及び家族等の意見を聴く。）（努力義務）

5. 基本的施策

- ①【**認知症の人に関する国民の理解の増進等**】
国民が共生社会の実現の推進のために必要な認知症に関する正しい知識及び認知症の人に関する正しい理解を深められるようにする施策
 - ②【**認知症の人の生活におけるバリアフリー化の推進**】
 - ・ 認知症の人が自立して、かつ、安心して他の人々と共に暮らすことのできる安全な地域作りの推進のための施策
 - ・ 認知症の人が自立した日常生活・社会生活を営むことができるようにするための施策
 - ③【**認知症の人の社会参加の機会の確保等**】
 - ・ 認知症の人が生きがいや希望を持って暮らすことができるようにするための施策
 - ・ 若年性認知症の人（65歳未満で認知症となった者）その他の認知症の人の意欲及び能力に応じた雇用の継続、円滑な就職等に資する施策
 - ④【**認知症の人の意思決定の支援及び権利利益の保護**】
認知症の人の意思決定の適切な支援及び権利利益の保護を図るための施策
 - ⑤【**保健医療サービス及び福祉サービスの提供体制の整備等**】
 - ・ 認知症の人がその居住する地域にかかわらず等しくその状況に応じた適切な医療を受けることができるための施策
 - ・ 認知症の人に対し良質かつ適切な保健医療サービス及び福祉サービスを適時にかつ切れ目なく提供するための施策
 - ・ 個々の認知症の人の状況に応じた良質かつ適切な保健医療サービス及び福祉サービスが提供されるための施策
 - ⑥【**相談体制の整備等**】
 - ・ 認知症の人又は家族等からの各種の相談に対し、個々の認知症の人の状況又は家族等の状況にそれぞれ配慮しつつ総合的に応ずることができるようにするために必要な体制の整備
 - ・ 認知症の人又は家族等が孤立することがないようにするための施策
 - ⑦【**研究等の推進等**】
 - ・ 認知症の本態解明、予防、診断及び治療並びにリハビリテーション及び介護方法等の基礎研究及び臨床研究、成果の普及 等
 - ・ 認知症の人が尊厳を保持しつつ希望を持って暮らすための社会参加の在り方、他の人々と支え合いながら共生できる社会環境の整備等の調査研究、成果の活用 等
 - ⑧【**認知症の予防等**】
 - ・ 希望する者が科学的知見に基づく予防に取り組むことができるようにするための施策
 - ・ 早期発見、早期診断及び早期対応の推進のための施策
- ※ その他認知症施策の策定に必要な調査の実施、多様な主体の連携、地方公共団体に対する支援、国際協力

6. 認知症施策推進本部

内閣に内閣総理大臣を本部長とする認知症施策推進本部を設置。基本計画の案の作成・実施の推進等をつかさどる。

※基本計画の策定に当たっては、本部に、認知症の人及び家族等により構成される関係者会議を設置し、意見を聴く。

※ 施行期日等：公布の日から起算して1年を超えない範囲内で施行²⁷、施行後5年を目途とした検討

※内閣府作成資料を演者が一部抽出・改変

趣旨

頻発する自然災害に対応して、災害時における円滑かつ迅速な避難の確保及び災害対策の実施体制の強化を図るため、以下の措置を講ずることとする（令和3年5月30日施行）。

2) 個別避難計画（※）の作成

※ 避難行動要支援者（高齢者、障害者等）ごとに、避難支援を行う者や避難先等の情報を記載した計画。

<課題>

避難行動要支援者名簿（平成25年に作成義務化）は、約99%の市町村において作成されるなど、普及が進んだものの、いまだ災害により、多くの高齢者が被害を受けており、避難の実効性の確保に課題。

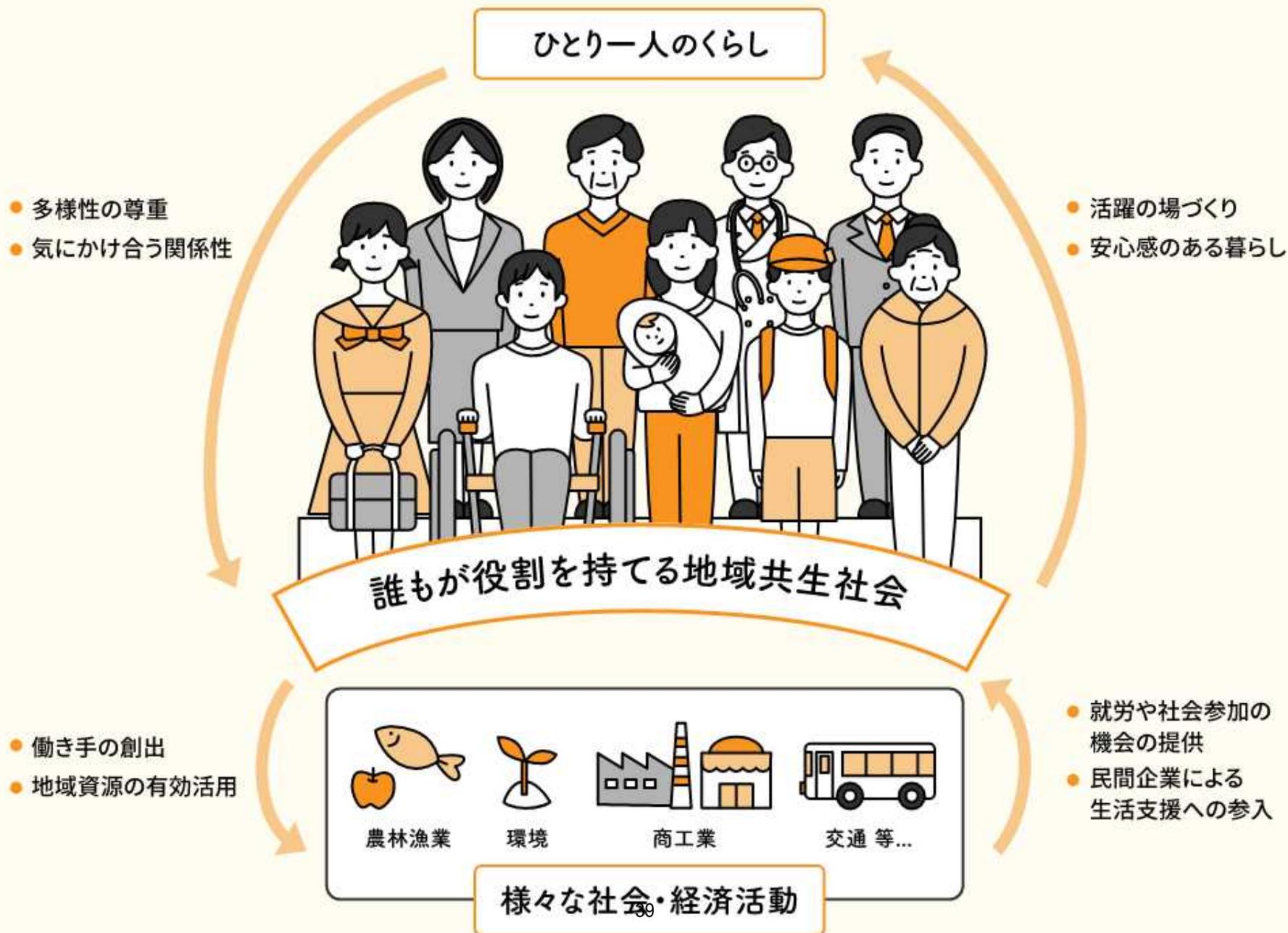
〔近年の災害における犠牲者のうち高齢者（65歳以上）が占める割合
令和元年東日本台風：約65% 令和2年7月豪雨：約79%〕

<対応>

避難行動要支援者の円滑かつ迅速な避難を図る観点から、**個別避難計画について、市町村に作成を努力義務化。**

〔任意の取組として計画の作成が完了している市町村 約10%
任意の取組として一部の計画の作成が完了している市町村 約57%〕

地域共生社会の実現



（地域福祉の推進）

第四条 地域福祉の推進は、地域住民が相互に人格と個性を尊重し合いながら、参加し、共生する地域社会の実現を目指して行われなければならない。

2・3（略）

（福祉サービスの提供体制の確保等に関する国及び地方公共団体の責務）

第六条 国及び地方公共団体は、社会福祉を目的とする事業を経営する者と協力して、社会福祉を目的とする事業の広範かつ計画的な実施が図られるよう、福祉サービスを提供する体制の確保に関する施策、福祉サービスの適切な利用の推進に関する施策その他の必要な各般の措置を講じなければならない。

2 国及び地方公共団体は、地域生活課題の解決に資する支援が包括的に提供される体制の整備その他地域福祉の推進のために必要な各般の措置を講ずるよう努めるとともに、当該措置の推進に当たっては、保健医療、労働、教育、住まい及び地域再生に関する施策その他の関連施策との連携に配慮するよう努めなければならない。

3 国及び都道府県は、市町村（特別区を含む。以下同じ。）において第百六条の四第二項に規定する重層的支援体制整備事業その他地域生活課題の解決に資する支援が包括的に提供される体制の整備が適正かつ円滑に行われるよう、必要な助言、情報の提供その他の援助を行わなければならない。

地域共生社会に向けた法律改正の内容（令和3年4月施行）

1 課題

- ・一つの世帯に複数の課題が存在している状態、世帯全体が孤立している状態
（例）8050世帯や、介護と育児のダブルケア、ごみ屋敷 など
- ・制度が縦割り（高齢者、障がい、子ども、生活困窮）



2 新しい支援・地域づくり事業

- ・各支援機関・拠点が、
属性を超えた支援を円滑に行うことを可能とするため、国の財政支援に関し、高齢、障害、子ども、生活困窮の各制度の関連事業について、一体的な執行。

現行の仕組み

高齢分野

障害分野

子ども分野

生活困窮分野

重層的支援体制

属性・世代を問わない

相談・地域づくりの実施体制

重層的支援体制整備事業について（社会福祉法第106条の4第2項）

○重層的支援体制整備事業の内容については、以下の通り規定。

①新事業の3つの支援について、第1号から第3号までに規定。

②3つの支援を支えるものとして、アウトリーチ等を通じた継続的支援、多機関協働、支援プランの作成を4号から第6号に規定。

		機能	既存制度の対象事業等
第1号	イ	相談支援	【介護】 地域包括支援センターの運営
	ロ		【障害】 障害者相談支援事業
	ハ		【子ども】 利用者支援事業
	ニ		【困窮】 自立相談支援事業
第2号	参加支援 社会とのつながりを回復するため、既存の取組では対応できない狭間のニーズについて、就労支援や見守り等居住支援などを提供	新	
第3号	イ	地域づくりに向けた支援	【介護】 一般介護予防事業のうち厚生労働大臣が定めるもの（地域介護予防活動支援事業）
	ロ		【介護】 生活支援体制整備事業
	ハ		【障害】 地域活動支援センター事業
	ニ		【子ども】 地域子育て支援拠点事業
第4号	アウトリーチ等を通じた継続的支援 訪問等により継続的に繋がり続ける機能	新	
第5号	多機関協働 世帯を取り巻く支援関係者全体を調整する機能	新	
第6号	支援プランの作成（※）	新	

（注）生活困窮者の地域づくり事業は、第3号柱書に含まれる。 42

（※）支援プランの作成は、多機関協働と一体的に実施。

令和5年度 重層的支援体制整備事業 実施予定自治体(189自治体)

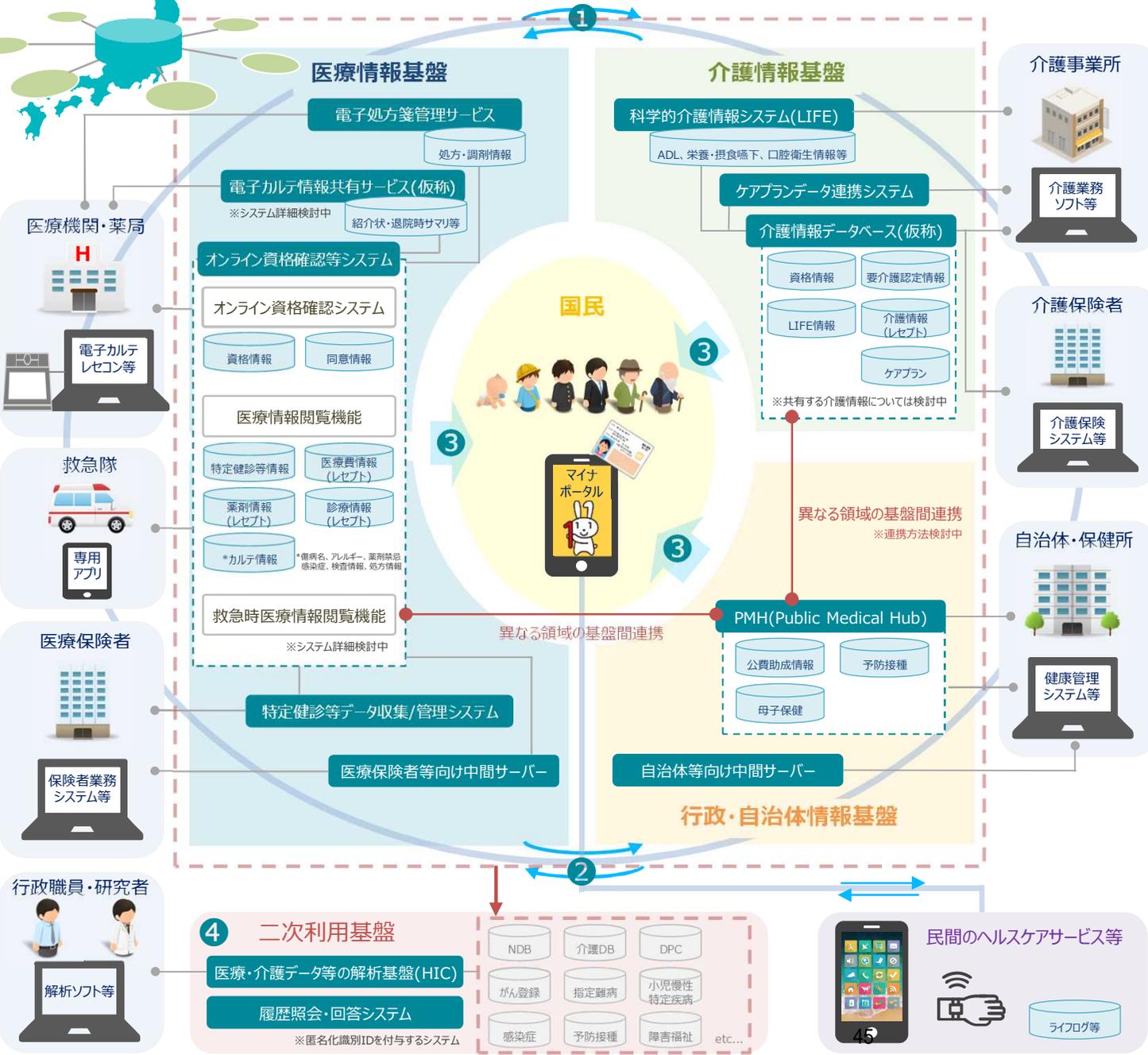
北海道	旭川市	埼玉県	川越市	福井県	福井市	滋賀県	彦根市	岡山県	岡山市							
	七飯町		越谷市		敦賀市		長浜市		美作市							
	妹背牛町		狭山市		あわら市		草津市		呉市							
	鷹栖町		草加市		越前市		守山市		三原市							
	津別町		桶川市		坂井市		甲賀市		東広島市							
	厚真町		ふじみ野市		甲州市		野洲市		廿日市市							
	音更町		川島町		松本市		高島市		宇都市							
	鹿追町		鳩山町		飯田市		米原市		長門市							
	広尾町		船橋市		伊那市		竜王町		高松市							
	幕別町		柏市		飯綱町		長岡京市		さぬき市							
青森県	鯉ヶ沢町	千葉県	市川市	岐阜県	豊中市	京都府	愛媛県	宇和島市								
岩手県	盛岡市	千葉県	木更津市	静岡県	関市	大阪府	高槻市	福岡県	高知市							
	遠野市		松戸市		熱海市		枚方市		高知県	本山町						
	矢巾町		市原市		函南町		八尾市			中土佐町						
岩泉町	香取市		岡崎市	東大阪市	黒潮町											
宮城県	仙台市		東京都	八王子市	愛知県		豊田市		兵庫県	富田林市	佐賀県	久留米市				
	瀧谷町			墨田区			半田市			高石市		大牟田市				
秋田県	能代市			大田区			春日井市			豊川市		交野市	熊本県	八女市	大分県	糸島市
	大館市			世田谷区			豊川市			稲沢市		大阪狭山市		岡垣町		
	湯沢市			渋谷区			東海市			東海市		阪南市		佐賀市		
	由利本荘市			中野区			大府市			知多市		太子町		大津町		
山形県	山形市	豊島区		立川市		知多市	姫路市	奈良県		熊本市		宮崎県	大津町			
	福島市	調布市		調布市		豊明市	尼崎市			益城町						
福島県	須賀川市	国分寺市		国分寺市		長久手市	明石市			和歌山県			鳥取県	189自治体	中津市	
	茨城県	土浦市		狛江市		狛江市	東浦町								芦屋市	津久見市
古河市		西東京市	西東京市	美浜町	伊丹市	竹田市										
那珂市		鎌倉市	鎌倉市	武豊町	加東市	杵築市										
東海村		藤沢市	藤沢市	四日市市	奈良市	九重町										
栃木県	宇都宮市	神奈川県	小田原市	三重県	奈良県	和歌山県	鳥取県	宮崎県	都城市							
	栃木市		小田原市						伊勢市	川上村	小林市					
	市貝町		茅ヶ崎市						松阪市	和歌山市	日向市					
	野木町		逗子市						桑名市	鳥取市	三股町					
群馬県	太田市		富山県						富山市	鳥取県	和歌山県	鳥取県	宮崎県	189自治体	米子市	
	館林市								氷見市						名張市	倉吉市
	みどり市		金沢市						亀山市						鳥羽市	智頭町
	上野村		小松市						鳥羽市						いなべ市	北栄町
	みなかみ町		能美市						志摩市						伊賀市	松江市
	玉村町								御浜町						御浜町	出雲市
				大田市												
				美郷町												
				吉賀町												

医療DXの推進とマイナ保険証

全国医療情報プラットフォームの全体像 (イメージ)

「医療DX令和ビジョン2030」厚生労働省推進チーム
(令和5年8月30日)

全国医療情報プラットフォーム



「医療DXのユースケース・メリット例」

1 救急・医療・介護現場の切れ目ない情報共有

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

救急隊: 意識不明による救急搬送中の確認

医療機関・薬局: 救急医療・入院中の確認

介護事業所: 施設入所時・リハビリ中の確認

2 医療機関・自治体サービスの効率化・負担軽減

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

自治体 医療機関 閲覧

公費助成情報の連携 患者 持参不要

医療機関 自治体 閲覧

健診結果(母子保健)、接種記録等の連携 手入力不要

3 健康管理、疾病予防、適切な受診等のサポート

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

全国医療情報プラットフォーム

接種通知、患者サマリ情報等

国民

マイナポータル

問診票・予診票入力、データ提供同意

4 公衆衛生、医学・産業の振興に資する二次利用

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

二次利用データベース群(例)

NDB 介護DB DPC

がん登録 指定難病 小児慢性特定疾病

感染症 予防接種 障害福祉

各DBのデータ連携

解析基盤

行政職員・研究者 医薬品産業等

診療報酬改定DX対応方針

診療報酬改定DXの射程と効果

○ 最終ゴール

進化するデジタル技術を最大限に活用し、医療機関等（※）における負担の極小化をめざす

- ・ 共通のマスタ・コード及び共通算定モジュールを提供しつつ、全国医療情報プラットフォームと連携
- ・ 中小病院・診療所等においても負担が極小化できるよう、標準型レセプトコンピュータの提供も検討

（※）病院、診療所、薬局、訪問看護ステーションのこと。

4つのテーマ

○最終ゴールをめざして、医療DX工程表に基づき、令和6年度から段階的に実現

共通算定モジュールの開発・運用

- 診療報酬の算定と患者負担金の計算を実施
- 次の感染症危機等に備えて情報収集できる仕組みも検討

共通算定マスタ・コードの整備と電子点数表の改善

- 基本マスタを充足化し共通算定マスタ・コードを整備
- 地単公費マスタの作成と運用ルールを整備

標準様式のアプリ化とデータ連携

- 各種帳票※1の標準様式をアプリ等で提供
※1 医療機関で作成する診療計画書や同意書など。
- 施設基準届出等の電子申請をシステム改修により更に推進

診療報酬改定施行時期の後ろ倒し等

- 診療報酬改定の施行時期を後ろ倒しし、システム改修コストを低減
- 診療報酬点数表のルールの明確化・簡素化

マイナンバーカードと健康保険証の一体化 マイナンバー法等の一部改正法（令和5年法律第48号）

資格確認書の仕組みの整備 【医療保険各法の改正】

- 健康保険証を廃止するとともに、マイナンバーカードによりオンライン資格確認を受けられない状況にある者（※1）が必要な保険診療等を受けられるよう、当該者からの求めに応じ、各医療保険者等は、医療機関等を受診する際の資格確認のための「資格確認書」（※2、※3）を交付することとする。
 - （※1）マイナンバーカードを紛失した者、マイナンバーカードを取得していない者など
 - （※2）資格確認書の有効期間は、5年以内で保険者が設定（更新あり）。様式は国が定める。（省令事項）
 - （※3）保険者が必要と認めるときは、本人からの申請によらず資格確認書を交付できる。（改正法附則規定）
- **発行済みの健康保険証は、改正法施行後1年間（先に有効期間が到来する場合は有効期間まで）有効とみなす** 経過措置を設ける。
- 施行期日：**令和6年12月2日**

マイナ保険証の過渡期の対応（デジタルとアナログの併用）

○ 医療DXのパスポートとして「マイナ保険証」によるオンライン資格確認が原則へ。

- ① マイナ保険証を保有していない方には、必要な保険診療を受けられるよう **資格確認書** を申請によらず交付
- ② マイナ保険証の保有者には、ご自身の被保険者資格等を簡易に把握できるよう **資格情報のお知らせ** を送付
(※) 併せて、スマートフォンをお持ちの方は、マイナポータルにログインすることでご自身の資格情報を確認いただけることについても、広く周知していく。

マイナ保険証を保有していない場合

- ・ マイナ保険証を保有していない方全てに申請によらず資格確認書を交付
具体的には、現行の健康保険証の有効期限の終了時（※）や転職・転居時に、健康保険証に代えて、資格確認書を交付（※施行後、最大1年間使用可能）

スマホダウンロード対応の
資格情報表示のイメージ



A smartphone screen showing a mobile application interface for health insurance qualification information. The screen displays the title '健康保険 資格情報' (Health Insurance Qualification Information) and a table with the following data:

健康保険 資格情報	
保険者名	●●組合
記号	1
番号	999999
枝番	01
負担割合	3割
氏名	山田花子

マイナ保険証保有者で、スマホをお持ちの方の場合

- ・ スマホ保有者は、スマホ（マイナポータル）でご自身の資格情報を確認可能
(来年春から資格情報のスマホダウンロードも対応)
- ・ 来年以降、スマホにマイナ保険証機能を搭載した「スマホ保険証」を導入
- ・ 停電などマイナ保険証の読み取りができない例外的な場合は、スマホの資格情報画面をマイナ保険証とともに提示することで受診可能

マイナ保険証保有者で、スマホ対応が難しい方の場合

- ・ マイナ保険証の保有者にお送りする「資格情報のお知らせ」により、ご自身の被保険者資格を把握可能
(マイナ保険証の読み取りができない例外的な場合は、マイナ保険証とともに提示することで受診いただける)

「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](#)




**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](#)




**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くと
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](#)




**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！

- 特定健診や診療の情報を医師と共有でき、重複検査を防ぎ、自身の健康・医療データに基づくより適切な医療を受けられます。
※本人の同意なく情報が共有されることはありません。
- 薬の情報も医師・薬剤師と共有でき、重複投薬や禁忌薬投与のリスクを減らします。
※本人の同意なく情報が共有されることはありません。
- 旅行先や災害時に受診する際も、薬の情報等が連携されます。
- 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なります。
- 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。
- 就職や転職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必要です。
- 高齢受給者証の持参も必要なくなります。

マイナンバーカードで受診するための準備

1 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

申請 以下から選択

- 1 スマートフォンから
- 2 パソコンから
- 3 オンライン申請

※マイナポータルから

2 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

マイナンバーカードを健康保険証として利用するには、申込みが必要です。以下から選択

医療機関で

- STEP1 医師・薬剤師にマイナポータルを提示する。
- STEP2 マイナポータルを起動する。
- STEP3 利用規約に同意する。
- STEP4 マイナンバーカードを読み取る。

セルフ発行ATMで

- STEP1 必要なものはマイナンバーカードのみ！
- STEP2 ATM画面でマイナンバーカードの読み取り
- STEP3 健康保険証利用の申込み



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

健康保険組合連合会

公的医療機関等におけるマイナ保険証の利用促進について

- **厚生労働省所管団体（*1）が開設する公的医療機関等に対し、以下の対応を要請**
 - ① **令和6年5月末、11月末の利用率の目標設定と進捗管理**
 - ② **マイナ保険証利用者のための専用レーン設定と担当者による声掛け・案内の実施**
 - **マイナ保険証利用者のための専用レーンを設定し、担当者を当分の間配置し、マイナ保険証利用の働きかけや、カードリーダーの使用方法の案内、患者の方からの質問に対応。**

※ **関係省庁と連携し、厚生労働省所管団体以外（*2）が開設する公的医療機関等に対し、上記を踏まえた対応を実施するよう要請**

（*1）独立行政法人国立病院機構（NHO）、独立行政法人地域医療機能推進機構（JCHO）、国立高度専門医療研究センター（NC）各病院、独立行政法人労働者健康安全機構（JOHAS）、日本赤十字社、社会福祉法人恩賜財団済生会

（*2）自衛隊病院、国家公務員共済組合連合会、地方公共団体（都道府県・市町村等）、厚生農業協同組合連合会、地方公務員共済組合のほか、国立大学法人、公立大学法人 等

※ **民間医療機関等の取組促進のため、利用率の自主的な目標として活用できるよう、各医療機関等への実績通知を実施（実施に向けて調整中）**

- **国保直営診療施設においても、上記を踏まえ、
マイナ保険証の利用率の目標設定と進捗管理などについて対応をお願いいたします。
（詳細については、追ってお知らせします）**⁵⁰

マイナ保険証利用促進のための医療機関等への支援について

- 医療現場において、カードリーダーの操作に慣れない患者への説明など、マイナ保険証の利用勧奨に取り組んでいただくことで、マイナ保険証の利用促進を図る。そのインセンティブとなるよう、初診・再診等におけるマイナ保険証の利用率の増加に応じて、医療機関等に利用件数増加分の支援をする。

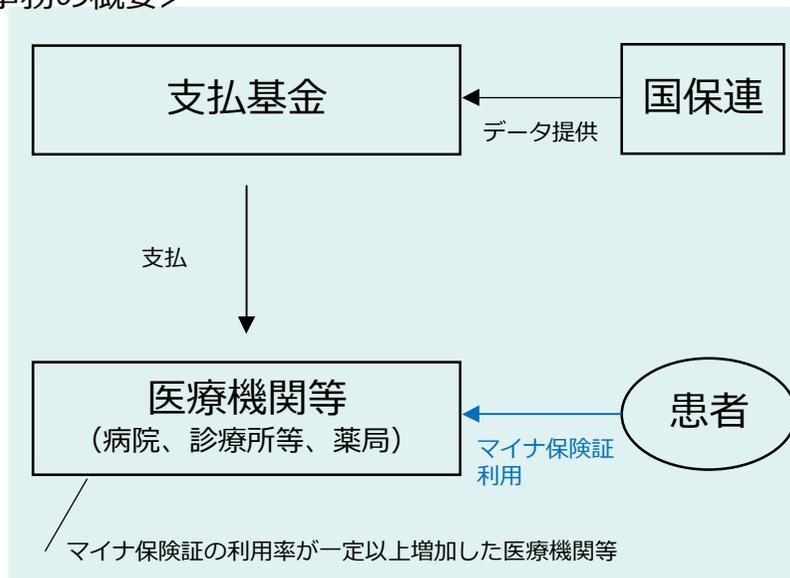
令和5年度補正予算
217億円

1. 医療機関等におけるマイナ保険証利用促進のための支援（案）

- ・概要：マイナ保険証の利用率（初診・再診・調剤）が一定以上増加した医療機関等に対して、増加率に応じて段階的に増加件数分の支援
- ・取組期間：2024（R6）年1月～11月〔前半：2024（R6）年1～5月、後半：2024（R6）年6～11月〕
- ・支援内容：マイナ保険証利用件数が少ない医療機関の底上げが目的。期間中のマイナ保険証利用率が2023（R5）年10月の利用率との比較で増加した医療機関等に対する支援。前半（2024（R6）年1～5月）と後半（2024（R6）年6～11月）それぞれの平均利用率・総利用件数に応じて支援額を決定。
- ・事務の概要：支払基金において、前半、後半の期間ごとに、医療機関の期間中の平均利用率と2023年10月の利用率を踏まえ支払い。（年2回、医療機関からの申請は不要）

2023.10の利用率からの増加量	対象期間(2024.1～5)支援額	対象期間(2024.6～11)支援額
5 %pt以上	20円/件	-
10 %pt以上	40円/件	40円/件
20 %pt以上	60円/件	60円/件
30 %pt以上	80円/件	80円/件
40 %pt以上	100円/件	100円/件
50 %pt以上	120円/件	120円/件

<事務の概要>



マイナ保険証利用促進のための医療機関等への支援について

2. 医療機関・薬局における顔認証付カードリーダー増設の支援（案）

マイナ保険証利用件数が多い医療機関・薬局について、顔認証付きカードリーダーの増設を支援

○補助内容

2023(R5)年10月から2024(R6)年3月までのいずれかの月のマイナ保険証の月間利用件数の総数が500件以上の機関については、顔認証付きカードリーダー1台の増設に要した費用の一部を補助する。

なお、病院については、以下の条件に応じ、顔認証付きカードリーダー最大3台まで、増設に要した費用の一部を補助する。

機 関	利用件数	500～999件	1,000～1,499件	1,500～1,999件 ※1台運用機関1,500件以上	2,000～2,499件 ※2台運用機関1,500件以上	2,500件以上
1台の無償提供を受けた機関		1台	2台	3台	－	－
2台の無償提供を受けた機関		－	1台	2台	3台	－
3台の無償提供を受けた機関		－	－	1台	2台	3台

○補助対象・補助率

顔認証付きカードリーダー・資格確認端末の購入費用・工事費に対して1 / 2 補助。

〔補助上限額〕

病院	1台	2台	3台
	275,000	450,000	625,000

診療所 薬局	1台
	275,000

医療機関・薬局でのマイナンバーカードの利活用推進事業（令和5年度補正予算 42.1億円）

マイナンバーカード一枚で医療機関・薬局に受診できる環境を目指して

来年度秋の保険証廃止に向けて、マイナ保険証利用に係るメリットを更に感じていただけるよう、マイナンバーカードを診察券や公費負担医療や地方単独医療費助成の受給者証として利用可能とするため必要な医療機関・薬局のシステム(再来受付機・レセプトコンピューター)の改修について支援を実施。

【イメージ】



【事業概要】

診察券又は医療費助成の受給者証の一体化に係るシステム改修を行う医療機関・薬局に対して以下の補助を行う。

	病院	大型チェーン薬局 (グループで処方箋の受付が月4万回以上の薬局)	診療所 薬局(大型チェーン薬局以外)
費用の補助内容	再来受付機の改修を含む場合 60.0万円を上限に補助 ※1 (事業費120万円を上限にその1/2を補助)	3.6万円を上限に補助 ※2 (事業費7.3万円を上限にその1/2を補助)	5.4万円を上限に補助 ※2 (事業費7.3万円を上限にその3/4を補助)
	上記以外の場合 28.3万円を上限に補助 ※2 (事業費56.6万円を上限にその1/2を補助)		

※1 マイナ保険証の利用件数が一定以上であることを満たす場合。現に設置している再来受付機のみを対象とする。

上記を満たさない場合でも、利用率が一定以上増加しているときには、40.0万円を上限に補助(事業費120万円を上限にその1/3を補助)。

※2 診察券のマイナンバーカードへの一体化のみ対応する医療機関においては、マイナ保険証の利用率が一定以上増加していることを満たす場合のみ補助

マイナ保険証の不安払しょくに向けたその他の取組状況について

1. 登録済データ全体の確認

- 健康保険証については、保険者による総点検に加え、医療情報という特性も踏まえ、入念的に、**登録済みデータ全体について住民基本台帳との突合による確認**を実施し、**11月までに突合を完了**。
- 住民基本台帳との突合の結果不一致があったデータのうち、先行して保険者等による確認を行った試行実施分（5保険者・加入者約146万人を対象）において検知された誤登録は、**17件（0.001%）** ※ うち、双子が4組8件、家族内取り違いが2組4件
(※) 不一致データに対する誤登録の発生割合は、①生年月日・性別不一致：3.6%、②氏名等不一致：0.025%
- 試行実施分以外の不一致データ(※)について、**不一致の内容に応じて情報の閲覧を停止。現在、保険者等による確認を実施中。来年春を目途に、確認作業を終える予定。**

(※) 不一致データ数（これから保険者等による確認が行われる件数）は、①生年月日・性別不一致が2,779件、②氏名等不一致が約139万件。試行実施の結果に基づく誤登録の推計値は、約450件（①2,779件×3.6%+②139万件×0.025%）。

2. 保険資格データ未登録者への対応

- 本年8月時点で資格情報とマイナンバーが紐付けされず未登録となっていた加入者約71万件（協会けんぽ約36万件、それ以外の被用者保険・国保組合約35万件）について、保険者より事業主経由で個人番号等の提出を依頼。現在までの対応状況は以下のとおり。
 - ・ 約69万件につき事業主への対応を完了。
 - ・ うち、海外在住（マイナンバー未付番）、資格喪失等により対応不要が約7万件
登録済みが約33万件（協会けんぽ約11万件、それ以外の被用者保険・国保組合約22万件）
事業主・本人からの提出を得られなかったものが約30万件（被用者保険・国保組合加入者の約0.37%）
（事業主の協力を得られなかったケースは、年内に保険者から本人に直接、提出を依頼。保険証廃止後まで提出がない場合は資格確認書を送付。）

3. オンライン資格確認と保険証の負担割合等の相違事案への対応

- 9/29に公表した相違事案の事例のパターンについて、各保険者で再点検を実施し、15,879件の相違が判明。前回調査での判明件数（5,695件）と合わせると、加入者の0.018%（21,574件）。これらはいずれも、**最終的に被保険者は正しい負担割合等で負担**。
- 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、**10月以降順次、保険者システムの改修を行っており、原則として今年度中に実施**。（例：10月下旬には、後期高齢者医療や国民健康保険の一部システムの改修を実施済）
- **来年夏までに、オンライン資格確認で負担割合等が正しく表示されているか定期的に保険者がチェックする仕組みを導入**。

顔認証マイナンバーカードについて

○ 認知症などで暗証番号の設定に不安がある方が安心してカードを利用でき、代理交付の負担軽減にもつながるよう、暗証番号の設定が不要なカードの交付を可能とする。

- ⇒
- ・ ご高齢者やそのご家族、福祉施設等のご意見を踏まえ、導入に向けた検討を実施。
市町村の意見を踏まえた制度設計とし、市町村において、事前に情報提供した事務フロー等に基づき、準備を実施。
 - ・ 令和5年12月15日導入開始

(顔認証マイナンバーカードイメージ)



令和6年度予算案の概要及び 診療報酬・介護報酬改定の方向性

令和6年度 厚生労働省予算案における重点事項

＜診療報酬・薬価等改定、介護報酬改定、障害福祉サービス等報酬改定について＞

- 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、必要な改定率を確保。
 - ・ 診療報酬改定：+0.88%、薬価等改定：▲1.00%
 - ・ 介護報酬改定：+1.59%
 - ・ 障害福祉サービス等報酬改定：+1.12%

I. 今後の人口動態・経済社会の変化を見据えた保健・医療・介護の構築

＜医薬品等のイノベーションの推進＞

- ◆ 医薬品・医療機器等の実用化促進、安定供給、安全・信頼性の確保
- ◆ イノベーションの基盤構築の推進

＜医療・介護におけるDXの推進＞

- ◆ 医療・介護のイノベーションに向けたDXの推進

＜地域医療・介護の基盤強化の推進等＞

- ◆ 地域医療構想等の推進
- ◆ 地域包括ケアシステムの構築
- ◆ 救急・災害医療体制等の充実

＜健康づくり・予防・重症化予防、認知症施策の推進等＞

- ◆ 健康づくり・予防・重症化予防の推進
- ◆ 認知症施策の総合的な推進
- ◆ がん、肝炎、難病対策等の推進
- ◆ 歯科保健医療の推進
- ◆ 国際機関等を通じた国際貢献の推進・医療の国際展開
- ◆ 食の安全・安心の確保

＜感染症対策の推進・体制強化＞

- ◆ 次なる感染症に備えた体制強化

II. 構造的人手不足に対応した労働市場改革の推進と多様な人材の活躍促進

＜最低賃金・賃金の引上げに向けた支援、非正規雇用労働者の処遇改善等＞

- ◆ 最低賃金・賃金の引上げに向けた中小・小規模企業等支援、非正規雇用労働者の正規化促進、雇用形態に関わらない公正な待遇の確保

＜リ・スキリング、労働移動の円滑化等の推進＞

- ◆ リ・スキリングによる能力向上支援
- ◆ 個々の企業の実態に応じた職務給の導入
- ◆ 成長分野等への労働移動の円滑化、人材確保の支援

＜多様な人材の活躍と魅力ある職場づくり＞

- ◆ フリーランスの就業環境の整備
- ◆ 「多様な正社員」制度の普及促進、ワーク・ライフ・バランスの促進
- ◆ ハラスメント防止対策、働く方の相談支援の充実、働く環境改善等支援
- ◆ 仕事と育児・介護の両立支援
- ◆ 多様な人材の就労・社会参加の促進
- ◆ 就職氷河期世代、多様な課題を抱える若年者・新規卒者の支援

III. 包摂社会の実現

＜地域共生社会の実現等＞

- ◆ 重層的支援体制の整備の促進
- ◆ 生活困窮者自立支援等の推進
- ◆ 障害者支援の促進、依存症対策の推進
- ◆ 成年後見制度の利用促進、権利擁護支援の推進
- ◆ 困難な問題を抱える女性への支援
- ◆ 自殺総合対策の推進、ひきこもり支援の推進

＜戦没者遺骨収集、年金、被災地支援等＞

- ◆ 戦没者遺骨収集等の推進・体制整備
- ◆ 安心できる年金制度の確立
- ◆ 被災者・被災施設の支援等

令和6年度診療報酬改定について

診療報酬改定

1. 診療報酬 +0.88% (令和6年6月1日施行)

※1 うち、※2～4を除く改定分 +0.46%

各科改定率	医科	+0.52%
	歯科	+0.57%
	調剤	+0.16%

40歳未満の勤務医師・勤務歯科医師・薬局の勤務薬剤師、事務職員、歯科技工所等で従事する者の賃上げに資する措置分（+0.28%程度）を含む。

※2 うち、看護職員、病院薬剤師その他の医療関係職種（上記※1を除く）について、令和6年度にベア+2.5%、令和7年度にベア+2.0%を実施していくための特例的な対応 +0.61%

※3 うち、入院時の食費基準額の引き上げ（1食当たり30円）の対応（うち、患者負担については、原則、1食当たり30円、低所得者については、所得区分等に応じて10～20円） +0.06%

※4 うち、うち、生活習慣病を中心とした管理料、処方箋料等の再編等の効率化・適正化 ▲0.25%

2. 薬価等

① 薬価 ▲0.97% (令和6年4月1日施行)

② 材料価格 ▲0.02% (令和6年6月1日施行)

※ イノベーションの更なる評価等として、革新的新薬の薬価維持、有用性系評価の充実等への対応を含む。

※ 急激な原材料費の高騰、後発医薬品等の安定的な供給確保への対応として、不採算品再算定に係る特例的な対応を含む。（対象：約2000品目程度）

※ イノベーションの更なる評価等を行うため、後述の長期収載品の保険給付の在り方の見直しを行う。

3. 診療報酬・薬価等に関する制度改革事項

上記のほか、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DXの推進による医療情報の有効活用等
- ・調剤基本料等の適正化

加えて、医療現場で働く方にとって、令和6年度に2.5%、令和7年度に2.0%のベースアップへと確実につながるよう、配分方法の工夫を行う。あわせて、今回の改定による医療従事者の賃上げの状況、食費を含む物価の動向、経営状況等について、実態を把握する。

令和 6 年度診療報酬改定について

長期収載品の保険給付の在り方について等

- 長期収載品の保険給付の在り方の見直しとして、選定療養の仕組みを導入し、後発医薬品の上市後 5 年以上経過したもの又は後発医薬品の置換率が50%以上となったものを対象に、後発医薬品の最高価格帯との価格差の4分の3までを保険給付の対象とすることとし、令和6年10月より施行する。
- 薬剤自己負担の見直し項目である「薬剤定額一部負担」「薬剤の種類に応じた自己負担の設定」「市販品類似の医薬品の保険給付の在り方の見直し」について、引き続き検討を行う。

令和6年度診療報酬改定の基本方針の概要

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
- ▶ 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
- ▶ 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
- ▶ 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) 現下の雇用情勢も踏まえた人材確保・働き方改革等の推進

【重点課題】

【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
- 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、労働時間短縮の実効性担保に向けた見直しを含め、必要な救急医療体制等の確保
- 多様な働き方を踏まえた評価の拡充
- 医療人材及び医療資源の偏在への対応

(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

【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
- 生活に配慮した医療の推進など地域包括ケアシステムの深化・推進のための取組
- リハビリテーション、栄養管理及び口腔管理の連携・推進
- 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
- 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

(3) 安心・安全で質の高い医療の推進

【具体的方向性の例】

- 食材料費、光熱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
- アウトカムにも着目した評価の推進
- 重点的な対応が求められる分野への適切な評価（小児医療、周産期医療、救急医療等）
- 生活習慣病の増加等に対応する効果的・効率的な疾病管理及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
- 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
- 薬局の経営状況等も踏まえ、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を推進
- 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

(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

【具体的方向性の例】

- 後発医薬品やバイオ後続品の使用促進、長期収載品の保険給付の在り方の見直し等
- 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
- 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）
- 生活習慣病の増加等に対応する効果的・効率的な疾病管理及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
- 薬局の経営状況等も踏まえ、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を推進（再掲）

令和6年度介護報酬改定に関する審議報告の概要

- 人口構造や社会経済状況の変化を踏まえ、「地域包括ケアシステムの深化・推進」「自立支援・重度化防止に向けた対応」「良質な介護サービスの効率的な提供に向けた働きやすい職場づくり」「制度の安定性・持続可能性の確保」を基本的な視点として、介護報酬改定を実施。

1. 地域包括ケアシステムの深化・推進

- 認知症の方や単身高齢者、医療ニーズが高い中重度の高齢者を含め、質の高いケアマネジメントや必要なサービスが切れ目なく提供されるよう、地域の実情に応じた柔軟かつ効率的な取組を推進
 - ・ 医療と介護の連携の推進
 - 在宅における医療ニーズへの対応強化
 - 高齢者施設等における医療ニーズへの対応強化
 - 在宅における医療・介護の連携強化
 - 高齢者施設等と医療機関の連携強化
 - ・ 質の高い公正中立なケアマネジメント
 - ・ 地域の実情に応じた柔軟かつ効率的な取組
 - ・ 看取りへの対応強化
 - ・ 感染症や災害への対応力向上
 - ・ 高齢者虐待防止の推進
 - ・ 認知症の対応力向上
 - ・ 福祉用具貸与・特定福祉用具販売の見直し

2. 自立支援・重度化防止に向けた対応

- 高齢者の自立支援・重度化防止という制度の趣旨に沿い、多職種連携やデータの活用等を推進
 - ・ リハビリテーション・機能訓練、口腔、栄養の一体的取組等
 - ・ 自立支援・重度化防止に係る取組の推進
 - ・ LIFEを活用した質の高い介護

4. 制度の安定性・持続可能性の確保

- 介護保険制度の安定性・持続可能性を高め、全ての世代にとって安心できる制度を構築
 - ・ 評価の適正化・重点化
 - ・ 報酬の整理・簡素化

3. 良質な介護サービスの効率的な提供に向けた働きやすい職場づくり

- 介護人材不足の中で、更なる介護サービスの質の向上を図るため、処遇改善や生産性向上による職場環境の改善に向けた先進的な取組を推進
 - ・ 介護職員の処遇改善
 - ・ 生産性の向上等を通じた働きやすい職場環境づくり
 - ・ 効率的なサービス提供の推進

5. その他

- ・ 「書面掲示」規制の見直し
- ・ 基準費用額（居住費）の見直し
- ・ 地域区分
- ・ 通所系サービスにおける送迎に係る取扱いの明確化

1. 地域包括ケアシステムの深化・推進

- 認知症の方や単身高齢者、医療ニーズが高い中重度の高齢者を含め、それぞれの住み慣れた地域において利用者の尊厳を保持しつつ、質の高いケアマネジメントや必要なサービスが切れ目なく提供されるよう、地域の実情に応じた柔軟かつ効率的な取組を推進

※各事項は主なもの

医療と介護の連携の推進

<在宅における医療ニーズへの対応強化>

- ・ 医療ニーズの高い利用者が増える中、適切かつより質の高い**訪問看護**を提供する観点から、専門性の高い看護師が計画的な管理を行うことを評価する加算を新設。

<高齢者施設等における医療ニーズへの対応強化>

- ・ 所定疾患施設療養費について、**介護老人保健施設**の入所者に適切な医療を提供する観点から、対象に慢性心不全が増悪した場合を追加する。

<在宅における医療・介護の連携強化>

- ・ 退院後早期に連続的で質の高い**リハビリテーション**を実施する観点から、退院後のリハビリテーションを提供する際に、入院中に医療機関が作成したリハビリテーション実施計画書入手し、内容を把握することを義務付ける。

<高齢者施設等と医療機関の連携強化>

- ・ **高齢者施設等**について、施設内で対応可能な医療の範囲を超えた場合に、協力医療機関との連携の下でより適切な対応を行う体制を確保する観点から、在宅医療を担う医療機関等と実効性のある連携体制を構築するための見直しを行う。

質の高い公正中立なケアマネジメント

- ・ **居宅介護支援**における特定事業所加算の算定要件について、ヤングケアラーなどの多様な課題への対応を促進する観点等から見直しを行う。

感染症や災害への対応力向上

- ・ **高齢者施設等**における感染症対応力の向上を図る観点から、医療機関との連携の下、施設内で感染者の療養を行うことや、他の入所者等への感染拡大を防止するための医療機関との連携体制の構築や感染症対策に資する取組を評価する加算を新設する。
- ・ 感染症や災害の発生時に継続的にサービス提供できる体制を構築するため、業務継続計画が未策定の際は、特定の場合を除き基本報酬を減算する。（1年間の経過措置）

高齢者虐待防止の推進

- ・ 利用者の人権の擁護、虐待の防止等をより推進する観点から、虐待の発生又はその再発を防止するための措置が講じられていない場合に、基本報酬を減算する。

認知症の対応力向上

- ・ 平時からの認知症の行動・心理症状（BPSD）の予防及び出現時の早期対応に資する取組を推進する観点から、認知症のチームケアを評価する加算を新設。

福祉用具貸与・特定福祉用具販売の見直し

- ・ 利用者負担を軽減し、制度の持続可能性の確保を図るとともに、**福祉用具**の適時・適切な利用、安全を確保する観点から、一部の用具について貸与と販売の選択制を導入する。その際、利用者への十分な説明や多職種の意見や利用者の身体状況等を踏まえた提案などを行うこととする。

地域の実情に応じた柔軟かつ効率的な取組

- ・ **訪問介護**における特定事業所加算について、中山間地域等で継続的なサービス提供を行っている事業所を適切に評価する観点等から見直しを行う。

看取りへの対応強化

- ・ 各種サービスにおける、看取り・ターミナルケア関係の加算の見直し等を行う。

ご清聴ありがとうございました。

(参考資料)

国保保健事業への助成（概要）

- 国保被保険者に対する療養の給付を確保する必要性から、市町村保険者自ら病院・診療所を設置・運営。
（国保直営診療施設。国保条例・施設設置条例等により規定。）
現在、「保健・医療・福祉」の連携の中核として地域住民の健康の保持・増進を図るための幅広い活動を実施。

（１）国保直営診療施設

①施設・設備整備

施設（建物）整備及び医療機器等の購入に対し助成

【助成額】

建物： 基準面積×1㎡あたり建築基準単価×1/3

医療機器等： 基準額×1/3

②へき地診療所運営費赤字補助

へき地という社会経済的条件に恵まれない地域に所在する国保直営診療所の不可避免的な運営赤字に対し助成

【助成額】

(a) 算定省令に定める年間診療実日数等に応じた額

(b) 運営赤字（支出－収入）額

(a) と (b) を比較し、低いほうの額に対して

1種へき地： 2/3 2種へき地： 1/2

③直診特別事情

直診施設の運営に係る特別に要した費用に対し助成

〔災害復旧〕

・復旧のための最低限の工事・医療機器の購入費用

・被災地への人的支援に要した費用

【助成額】

施設の復旧に要した費用： 300万円（600万円以上の場合1/2）

人的支援： 100万円（200万円以上の場合1/2）

〔経営合理化〕

・システムの導入等、経営合理化に要した経費に対し助成

【助成額】

・統合系医療情報システムの導入・更新

病院： 4,000万円 診療所： 3,000万円

・その他 300万円

〔療養環境改善〕

・療養環境改善に要した費用に対し助成（修理・修繕費は含まず）

【助成額】

300万円（600万円以上の場合1/2）

〔医師等の確保〕

・医師、看護師、保健師等の確保支援

【助成額】

実費×2/3 （上限：100万円）

・救急患者受入体制（外部医師の協力を要した費用）支援

【助成額】

（医師1日あたり単価×年間実施日数）×2/3 （上限：500万円）

（２）総合保健施設

直営診療施設と一体となって保健・医療・福祉サービスを総合的に行う拠点として設置される直営診療施設に併設又は隣接した施設の整備費、運営費等に助成

【助成額】

⑥施設規模、利用定員等により上限設定あり

令和6年度厚生労働省予算案における大臣折衝項目（報酬改定関係）

◆診療報酬・薬価等改定

令和6年度診療報酬・薬価等改定は、医療費の伸び、物価・賃金の動向、医療機関等の収支や経営状況、保険料などの国民負担、保険財政や国の財政に係る状況を踏まえ、以下のとおりとする。（（1）については令和6年6月施行、（2）については令和6年4月施行（ただし、材料価格は令和6年6月施行））

（1）診療報酬+0.88%（国費800億円程度（令和6年度予算額。以下同じ））

※1 うち、※2～※4を除く改定分+0.46%

各科改定率	医科	+0.52%
	歯科	+0.57%
	調剤	+0.16%

40歳未満の勤務医師・勤務歯科医師・薬局の勤務薬剤師、事務職員、歯科技工所等で従事する者の賃上げに資する措置分（+0.28%程度）を含む。

※2 うち、看護職員、病院薬剤師その他の医療関係職種（上記※1を除く）について、令和6年度にペア+2.5%、令和7年度にペア+2.0%を実施していくための特例的な対応 +0.61%

※3 うち、入院時の食費基準額の引き上げ（1食当たり30円）の対応（うち、患者負担については、原則、1食当たり30円、低所得者については、所得区分等に応じて10～20円） +0.06%

※4 うち、生活習慣病を中心とした管理料、処方箋料等の再編等の効率化・適正化 ▲0.25%

（2）薬価等

薬価 ▲0.97%（国費▲1,200億円程度）

材料価格 ▲0.02%（国費▲20億円程度）

合計 ▲1.00%（国費▲1,200億円程度）

※イノベーションの更なる評価等として、革新的新薬の薬価維持、有用性系評価の充実等への対応を含む。

※急激な原材料費の高騰、後発医薬品等の安定的な供給確保への対応として、不採算品再算定に係る特例的な対応を含む。（対象：約2,000品目程度）

※イノベーションの更なる評価等を行うため、後述の長期収載品の保険給付の在り方の見直しを行う。

（3）診療報酬・薬価等に関する制度改革事項

上記のほか、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DXの推進による医療情報の有効活用等
- ・ 調剤基本料等の適正化

加えて、医療現場で働く方にとって、令和6年度に2.5%、令和7年度に2.0%のベースアップへと確実につながるよう、配分方法の工夫を行う。あわせて、今回の改定による医療従事者の賃上げの状況、食費を含む物価の動向、経営状況等について、実態を把握する。

◆介護報酬改定

令和6年度介護報酬改定については、介護現場で働く方々の処遇改善を着実にしつつ、サービス毎の経営状況の違いも踏まえたメリハリのある対応を行うことで、改定率は全体で+1.59%（国費432億円）とする。具体的には以下の点を踏まえた対応を行う。

- ・ 介護職員の処遇改善分として、上記+1.59%のうち+0.98%を措置する（介護職員の処遇改善分は令和6年6月施行）。その上で、賃上げ税制を活用しつつ、介護職員以外の処遇改善を実現できる水準として、+0.61%を措置する。
- ・ このほか、改定率の外枠として、処遇改善加算の一本化による賃上げ効果や、光熱水費の基準費用額の増額による介護施設の増収効果が見込まれ、これらを加えると、+0.45%相当の改定となる。
- ・ 既存の加算の一本化による新たな処遇改善加算の創設に当たっては、今般新たに追加措置する処遇改善分を活用し、介護現場で働く方々にとって、令和6年度に2.5%、令和7年度に2.0%のベースアップへと確実につながるよう、配分方法の工夫を行う。あわせて、今回の改定が、介護職員の処遇改善に与える効果について、実態を把握する。
- ・ 今回の報酬改定では、処遇改善分について2年分を措置し、3年目の対応については、上記の実態把握を通じた処遇改善の実施状況等や財源とあわせて令和8年度予算編成過程で検討する。
- ・ なお、次回の介護報酬改定に向けては、介護事業所・施設の経営実態等をより適切に把握できるよう、「介護事業経営概況調査」や「介護事業経営実態調査」において、特別費用や特別収益として計上されている経費の具体的な内容が明確になるよう、調査方法を見直し、次回以降の調査に反映させる。

◆障害福祉サービス等報酬改定

障害福祉分野の人材確保のため、介護並びの処遇改善を行うとともに、障害者が希望する地域生活の実現に向けて、介護との収支差率の違いも勘案しつつ、新規参入が増加する中でのサービスの質の確保・向上を図る観点から、経営実態を踏まえたサービスの質等に応じたメリハリのある報酬設定を行うことにより、改定率は全体で+1.12%（国費162億円）とする。なお、改定率の外枠で処遇改善加算の一本化の効果等があり、それを合わせれば改定率+1.5%を上回る水準となる。

既存の加算の一本化による新たな処遇改善加算の創設に当たっては、今般新たに追加措置する処遇改善分を活用し、障害福祉の現場で働く方々にとって、令和6年度に2.5%、令和7年度に2.0%のベースアップへと確実につながるよう、配分方法の工夫を行う。あわせて、今回の改定が、福祉・介護職員の処遇改善に与える効果について、実態を把握する。

今回の報酬改定では、処遇改善分について2年分を措置し、3年目の対応については、上記の実態把握を通じた処遇改善の実施状況等や財源とあわせて令和8年度予算編成過程で検討する。

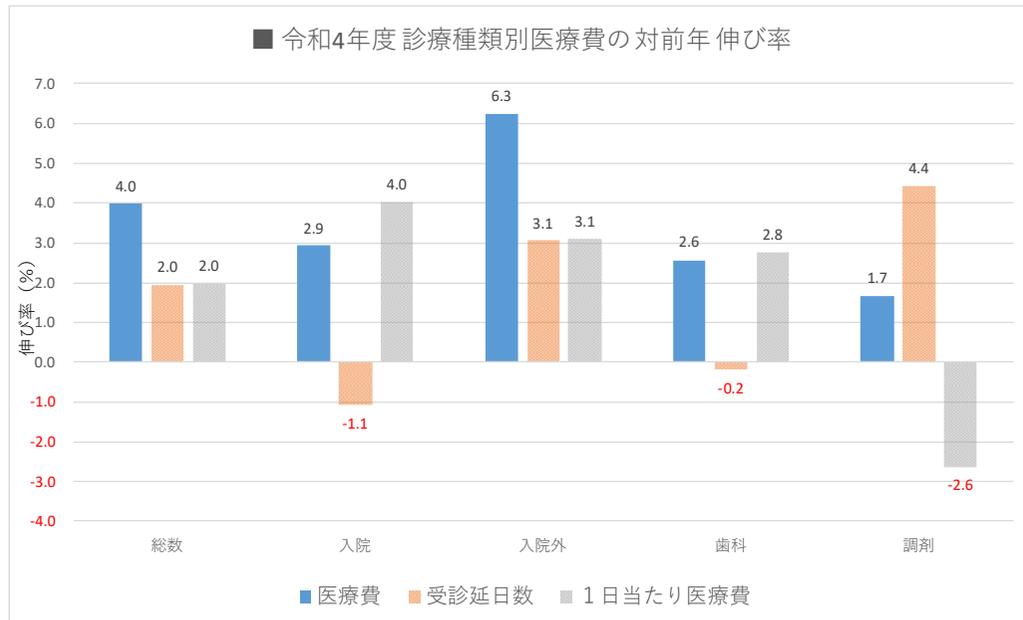
なお、次回の障害福祉サービス等報酬改定に向けては、障害福祉事業所・施設の経営実態等をより適切に把握できるよう、「障害福祉サービス等経営概況調査」や「障害福祉サービス等経営実態調査」において、特別費用や特別収益として計上されている経費の具体的な内容が明確になるよう、調査方法を見直し、次回以降の調査に反映させる。

令和4年度 医療費の動向 <診療種別>

- 令和4年度の医療費の伸び（対前年同期比。以下同じ。）を診療種別に見ると、全ての診療種別で増加となっている。
- 受診延日数について、入院外、調剤で増加となる一方、入院、歯科で減少となっている。
- 1日当たり医療費について、調剤が▲2.6%となる一方、入院・入院外・調剤は+2.0%～+4.0%の増加を示している。

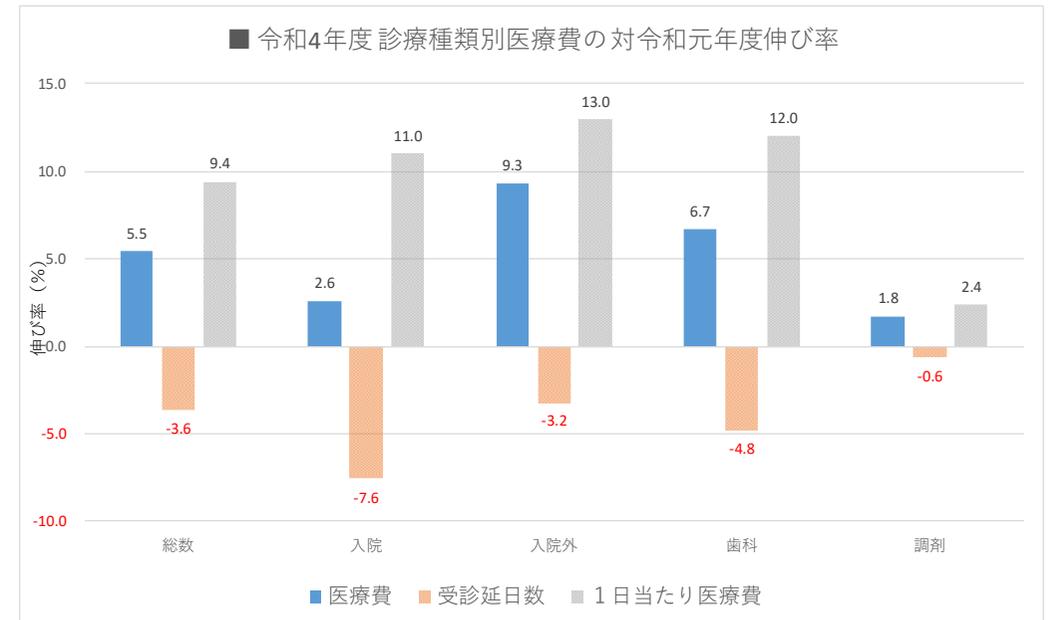
■ 令和4年度 診療種別医療費の対前年伸び率 (単位：%)

	総数	入院	入院外	歯科	調剤
医療費	4.0	2.9	6.3	2.6	1.7
受診延日数 ※	2.0	-1.1	3.1	-0.2	4.4
1日当たり医療費	2.0	4.0	3.1	2.8	-2.6



■ 令和4年度 診療種別医療費の対令和元年度伸び率 (単位：%)

	総数	入院	入院外	歯科	調剤
医療費	5.5	2.6	9.3	6.7	1.8
受診延日数 ※	-3.6	-7.6	-3.2	-4.8	-0.6
1日当たり医療費	9.4	11.0	13.0	12.0	2.4



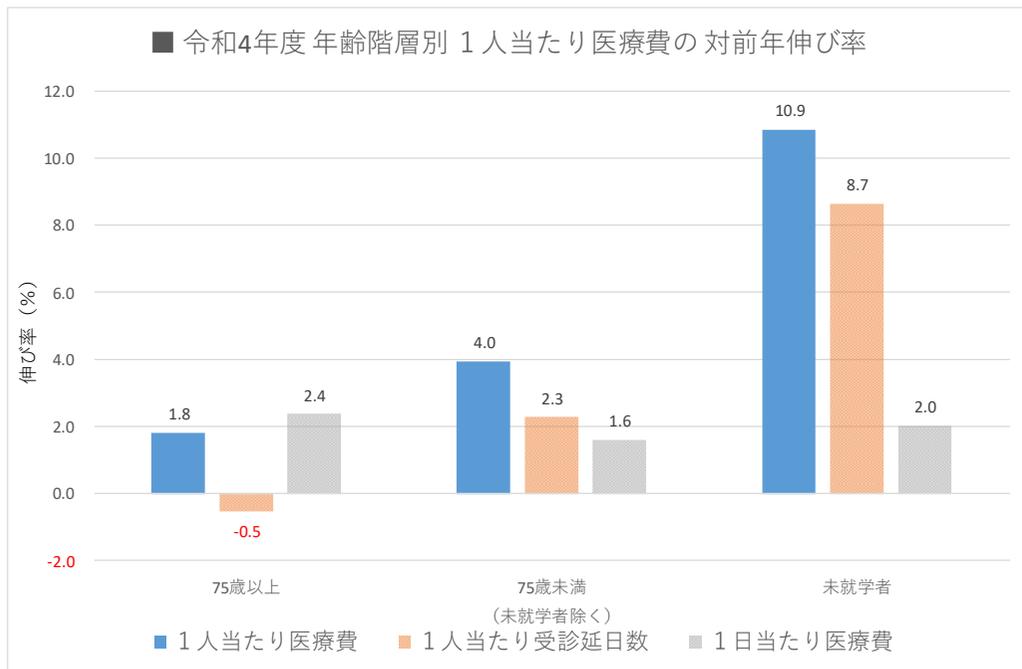
※調剤の受診延日数は「処方せん枚数（受付回数）」を集計したもの

令和4年度 医療費の動向 <年齢階層別>

- 年齢階層別に1人当たり医療費の状況を見ると、未就学者では10%を超える増加となっている。
- 75歳以上では、1日当たり医療費の増加が1人当たり受診延日数の減少を上回り、増加となっている。

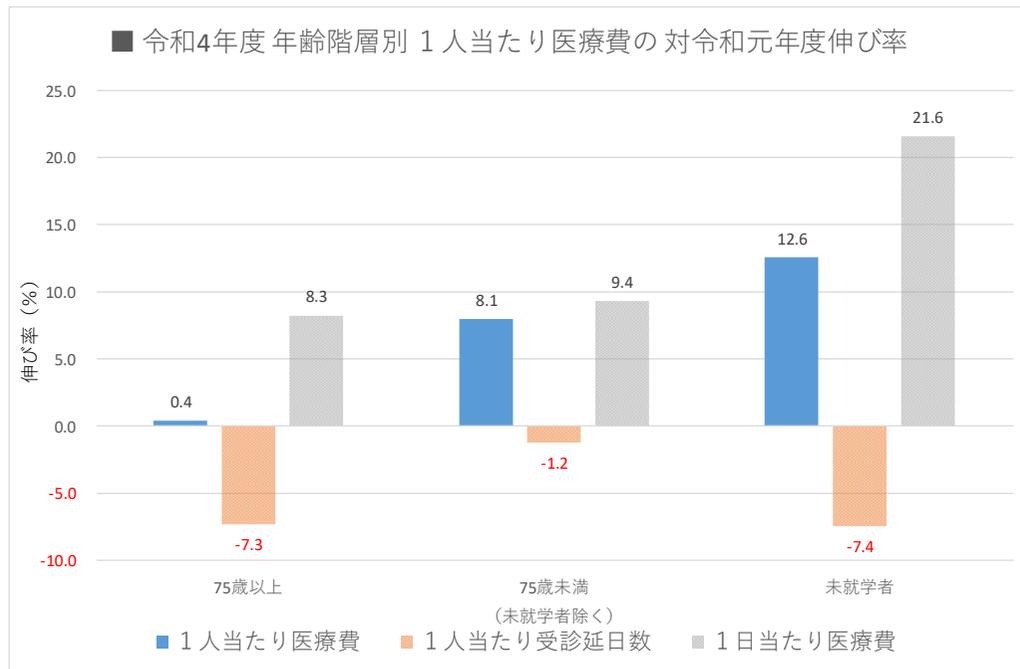
■ 令和4年度 年齢階層別 1人当たり医療費の対前年伸び率 (単位：%)

	75歳以上	75歳未満 (未就学者除く)	未就学者
1人当たり医療費	1.8	4.0	10.9
1人当たり受診延日数	-0.5	2.3	8.7
1日当たり医療費	2.4	1.6	2.0



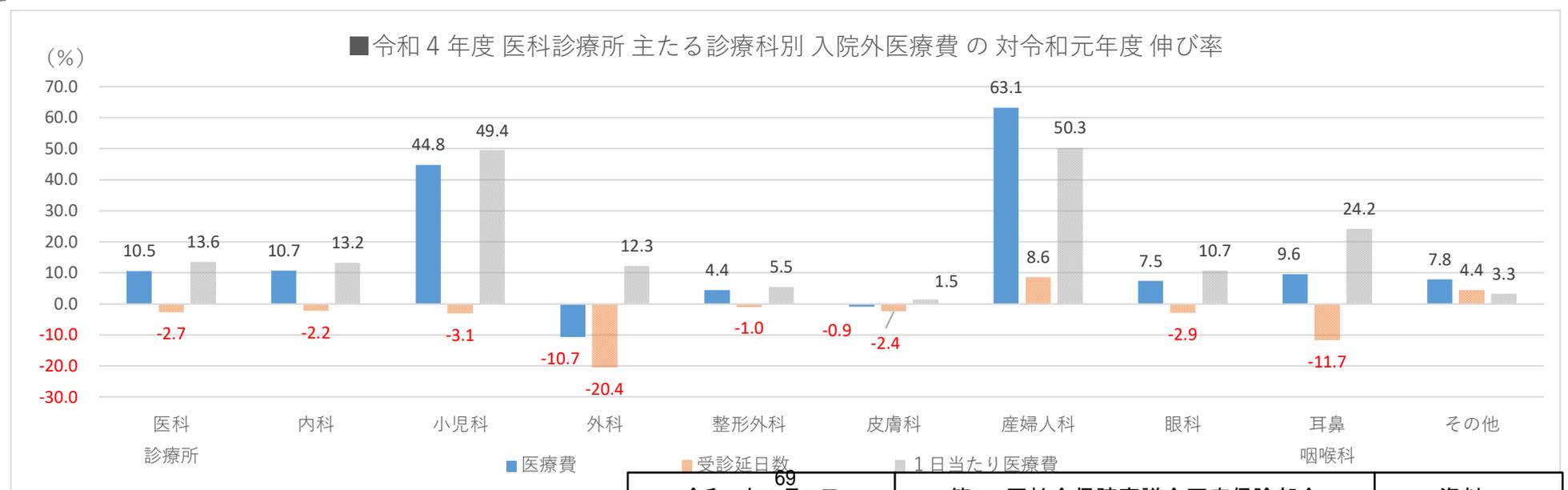
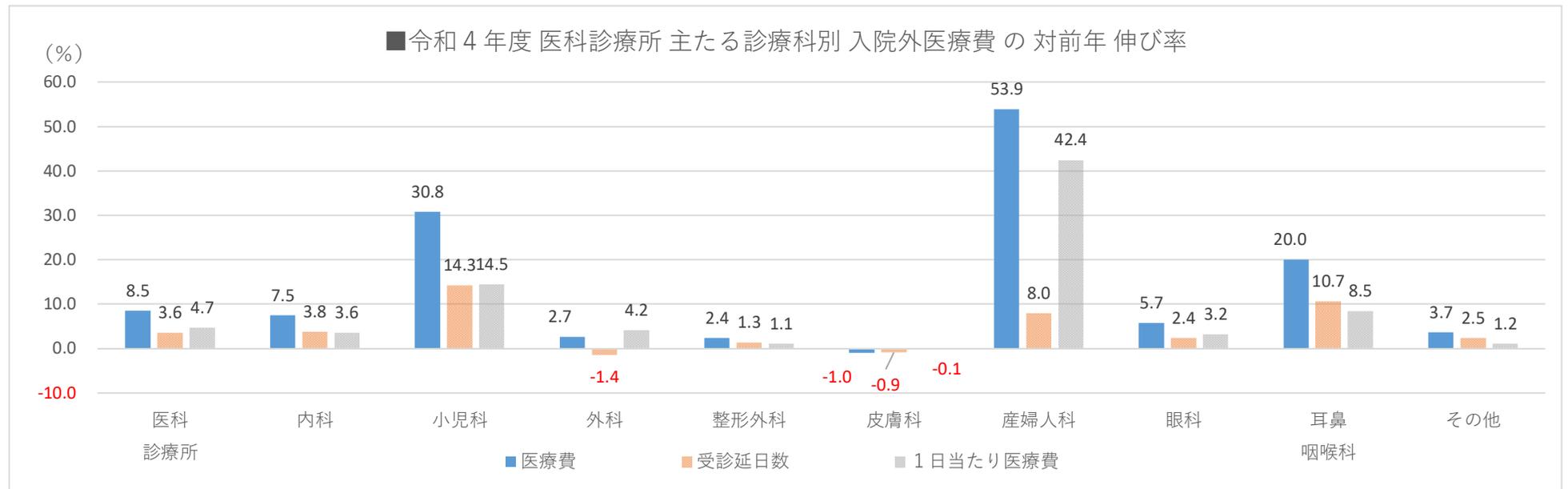
■ 令和4年度 年齢階層別 1人当たり医療費の対令和元年度伸び率 (単位：%)

	75歳以上	75歳未満 (未就学者除く)	未就学者
1人当たり医療費	0.4	8.1	12.6
1人当たり受診延日数	-7.3	-1.2	-7.4
1日当たり医療費	8.3	9.4	21.6



令和4年度 医療費の動向 <医科診療所 主たる診療科別>

- 入院外医療費、医科診療所の主たる診療科別の医療費の伸び率を見ると、内科、小児科、産婦人科、耳鼻咽喉科の増加幅は、他の診療科に比べ大きい。
- 1日当たり医療費については、産婦人科が40%を超える増加となっている。



令和4年度 医療費の動向 <都道府県別>

- 都道府県別に令和4年度の伸び率を見ると、全ての都道府県で増加を示しており、東京都、愛知県、滋賀県、大阪府、佐賀県が比較的增加幅が大きくなっている。
- データの散らばりの度合いを表す分散を見ると、前年度よりも小さくなっており、診療種類別では入院のみ前年度より大きくなっている。

■ 都道府県別 概算医療費の対前年伸び率 (%)

	令和3年度					令和4年度				
	総計	入院	入院外	歯科	調剤	総計	入院	入院外	歯科	調剤
総数	4.6	2.8	7.5	4.8	2.7	4.0	2.9	6.3	2.6	1.7
北海道	2.6	1.5	5.1	1.5	1.2	2.7	1.8	4.8	2.4	0.9
青森県	1.2	▲0.3	3.4	▲0.3	0.5	1.0	▲0.6	3.2	0.9	0.1
岩手県	2.2	2.5	3.6	0.3	▲0.1	2.0	▲0.3	5.7	0.2	0.8
宮城県	4.1	2.7	6.5	3.1	2.6	3.4	1.4	6.0	2.6	2.2
秋田県	1.5	1.8	2.3	0.6	▲0.1	1.4	0.2	4.4	0.8	▲1.0
山形県	3.7	2.8	6.0	4.0	0.9	2.9	2.0	4.8	1.3	1.7
福島県	2.0	▲0.1	5.5	2.2	▲0.0	2.7	2.4	4.6	1.4	▲0.4
茨城県	4.5	2.6	7.8	4.0	2.5	3.3	1.9	5.6	1.4	1.9
栃木県	4.5	3.2	6.4	4.0	3.3	3.5	2.4	5.3	1.9	2.0
群馬県	4.9	3.3	7.0	3.5	3.7	4.2	3.1	5.9	3.0	2.6
埼玉県	6.3	4.1	9.9	6.2	3.6	4.3	3.9	5.6	2.5	2.5
千葉県	6.2	3.8	10.1	6.7	3.2	4.1	2.4	6.6	3.0	2.6
東京都	7.4	5.6	11.4	7.0	3.2	4.9	4.2	6.9	2.9	2.2
神奈川県	7.0	5.1	10.7	7.2	3.7	4.6	3.9	6.6	3.1	2.2
新潟県	2.3	1.1	4.0	2.8	1.6	2.9	2.9	4.7	0.8	0.3
富山県	4.0	2.2	5.1	5.3	6.3	3.8	3.5	5.5	2.6	1.4
石川県	3.5	1.5	6.6	4.3	2.1	4.2	2.4	7.5	2.6	2.1
福井県	4.4	3.3	6.1	4.3	4.0	3.3	1.4	6.1	1.3	2.7
山梨県	4.7	4.8	6.4	4.4	1.7	4.0	3.7	6.3	2.1	0.9
長野県	3.6	2.2	5.8	3.9	2.6	3.4	1.3	7.2	2.4	0.9
岐阜県	5.3	5.4	6.4	5.0	2.2	4.1	2.0	7.1	2.3	2.0
静岡県	4.5	3.4	6.4	3.8	2.2	3.6	1.6	6.4	2.1	1.6
愛知県	6.0	4.1	8.4	5.2	4.0	5.0	3.2	7.5	3.3	3.0
三重県	3.8	2.5	5.4	3.6	2.8	4.4	3.5	6.4	1.9	2.7

	令和3年度					令和4年度				
	総計	入院	入院外	歯科	調剤	総計	入院	入院外	歯科	調剤
滋賀県	4.6	2.7	7.7	4.7	3.3	5.4	4.9	8.4	3.3	1.7
京都府	4.8	3.2	7.2	5.0	3.8	4.5	5.1	5.2	3.3	1.4
大阪府	4.5	1.6	7.6	5.0	3.4	5.2	4.8	6.5	3.5	2.2
兵庫県	4.8	2.7	7.8	5.0	3.2	4.2	3.9	5.9	3.1	1.3
奈良県	4.4	2.3	6.8	4.8	3.0	4.8	4.9	6.1	2.8	1.2
和歌山県	2.8	1.4	4.1	3.0	2.2	3.2	1.7	5.2	1.6	2.4
鳥取県	3.0	2.6	4.6	1.7	1.5	2.2	0.9	4.3	2.6	1.1
島根県	2.3	1.4	3.4	3.2	2.2	2.2	0.9	5.4	0.8	0.2
岡山県	3.1	1.7	5.2	3.4	1.7	3.6	2.7	5.7	2.3	1.3
広島県	2.9	1.3	5.0	3.5	1.8	3.7	2.4	6.3	2.4	1.3
山口県	2.2	0.5	5.1	2.4	1.5	3.2	2.9	5.4	1.8	0.2
徳島県	1.8	0.8	3.3	1.5	1.5	2.4	0.5	4.8	3.1	2.0
香川県	4.1	2.9	6.3	4.1	1.9	3.0	1.4	5.1	1.6	2.3
愛媛県	2.5	1.7	3.2	3.2	2.3	2.3	0.4	5.5	1.3	0.2
高知県	1.6	0.5	3.2	2.5	1.7	0.6	▲0.1	3.9	0.8	▲3.8
福岡県	5.1	3.0	8.3	6.5	3.7	4.1	2.6	7.5	2.5	1.6
佐賀県	2.6	1.1	5.5	3.2	0.9	6.0	7.1	7.8	0.5	1.4
長崎県	1.9	0.4	4.0	2.7	1.7	2.5	1.5	5.8	0.3	▲0.3
熊本県	3.0	1.1	5.4	5.4	2.5	3.6	2.9	6.4	2.5	▲0.4
大分県	3.0	1.6	5.0	2.8	3.0	2.5	0.5	6.6	2.0	0.3
宮崎県	2.7	1.5	4.4	2.5	2.1	3.4	1.3	7.1	1.2	2.1
鹿児島県	2.3	0.7	5.1	3.0	1.3	3.4	2.0	6.9	1.4	1.4
沖縄県	4.1	1.5	8.8	3.0	2.4	4.6	3.1	7.2	3.9	2.3

最大	7.4 (東京都)	5.6 (東京都)	11.4 (東京都)	7.2 (神奈川県)	6.3 (富山県)	6.0 (佐賀県)	7.1 (佐賀県)	8.4 (滋賀県)	3.9 (沖縄県)	3.0 (愛知県)
最小	1.2 (青森県)	▲0.3 (青森県)	2.3 (秋田県)	▲0.3 (青森県)	▲0.1 (岩手県)	0.6 (高知県)	▲0.6 (青森県)	3.2 (青森県)	0.2 (岩手県)	▲3.8 (高知県)
分散	2.21	1.94	4.28	2.78	1.51	1.28	2.50	1.20	0.87	1.50

※分散とは、データの散らばりの度合いを表す値

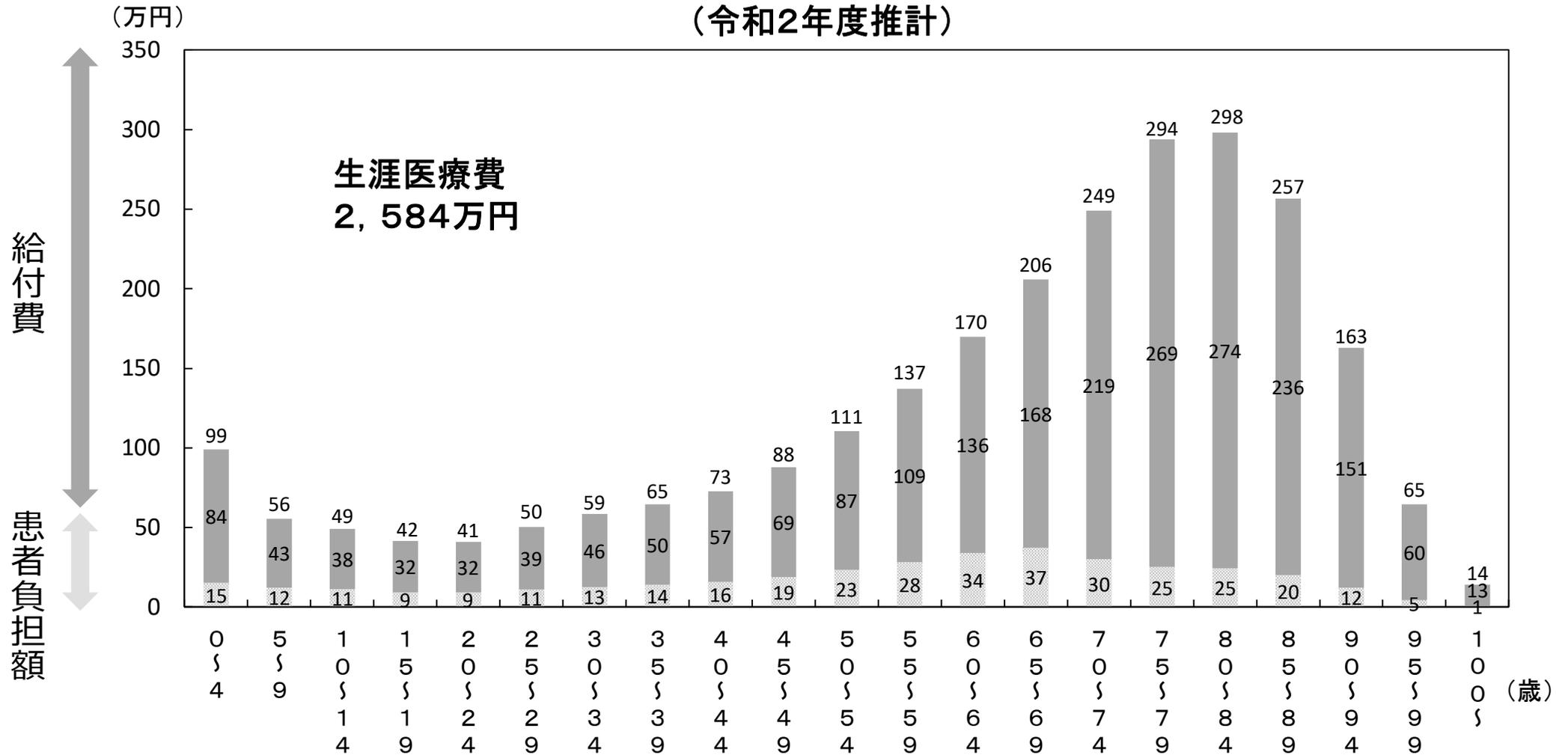
：医療費の伸び率 上位5都道府県 (増加幅が大きい)

：医療費の伸び率 下位5都道府県 (増加幅が小さい)

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）

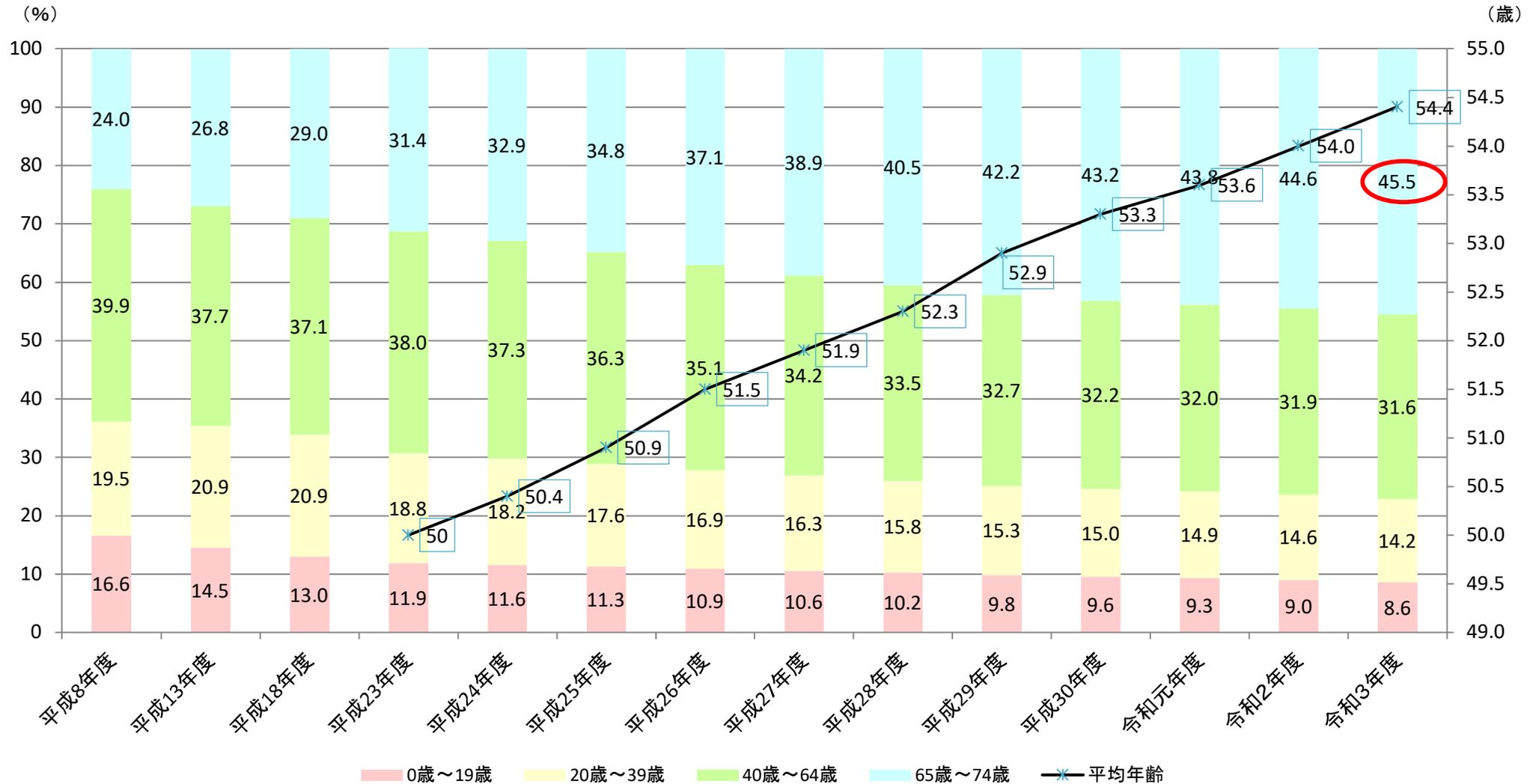


(注) 1. 令和2年度の年齢階級別一人当たり医療費をもとに、令和2年完全生命表による想定常人口を適用して推計したものである。

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。

市町村国保の被保険者(75歳未満)の年齢構成の推移

- 被保険者数全体に占める、65歳から74歳までの割合が次第に増加し、令和3年度には45.5%となっている。
- 被保険者の平均年齢も年々上昇しており、令和3年度には54.4歳となっている。



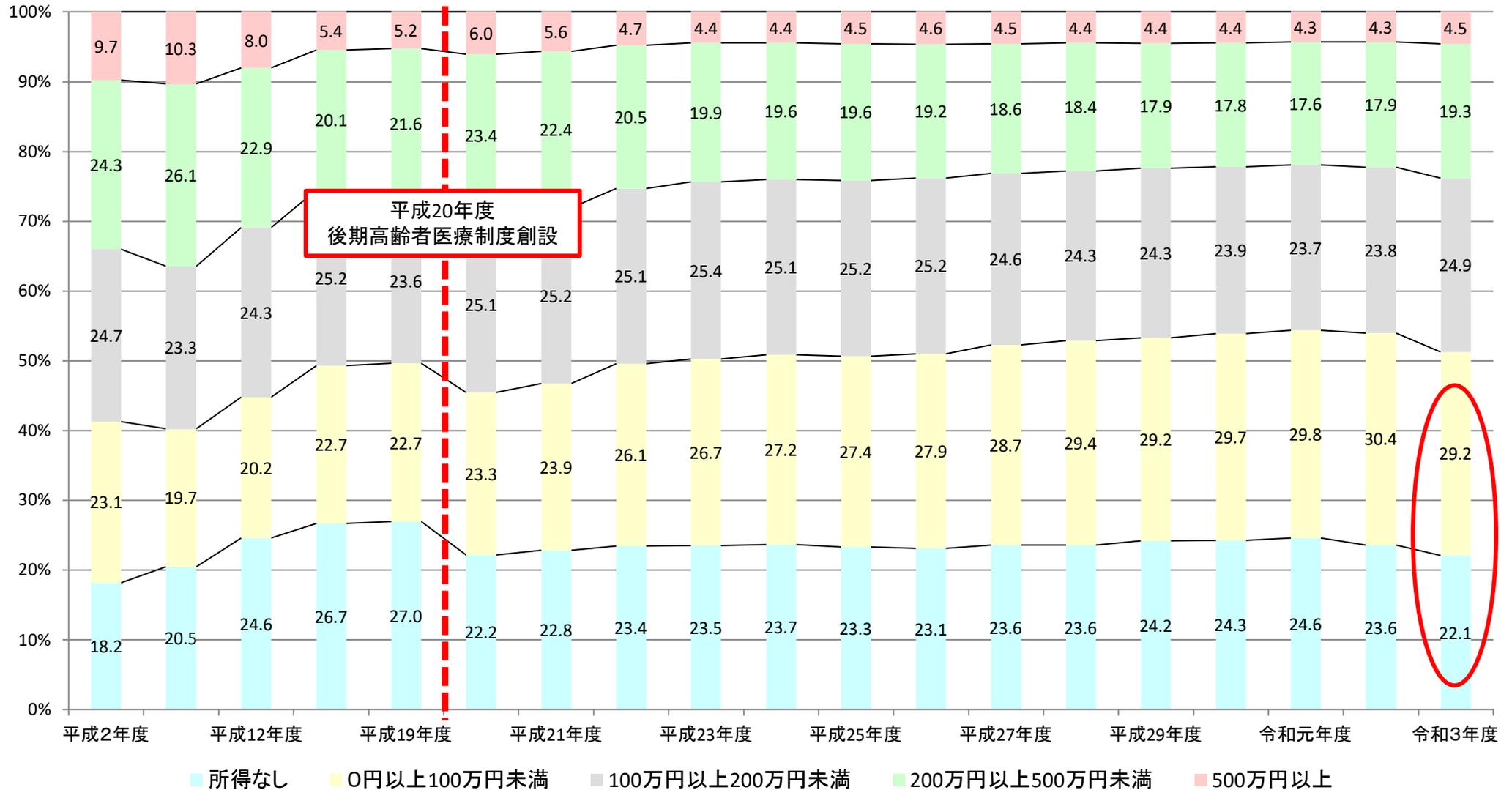
(資料)厚生労働省保険局「国民健康保険実態調査」

(注)被保険者数について、平成20年に後期高齢者医療制度が創設され、75歳以上は被保険者に含まれないこととなったため、平均年齢については平成23年度以降についてのみ記載。

世帯の所得階層別割合の推移

令和3年度において、加入世帯の22.1%が所得なし、29.2%が0円以上100万円未満世帯である。

※「所得なし」世帯の収入は、給与収入世帯で65万円以下、年金収入世帯で120万円以下。



(注1) 国民健康保険実態調査報告による。

(注2) 擬制世帯、所得不詳は除いて集計している。

(注3) 平成20年度以降は後期高齢者医療制度が創設され、対象世帯が異なっていることに留意が必要。

(注4) ここでいう所得とは旧たし書所得(総所得金額及び山林所得金額並びに他の所得と区分して計算される所得の金額から基礎控除を除いた金額)である。

国民健康保険保険者努力支援制度の事業評価スコアと健康寿命の関連

目的

国民健康保険保険者努力支援制度の評価の各項目スコアと健康寿命との関連を明らかにすること。

対象者

健康寿命の算定の誤差が大きくなる人口1万2千人未満(2020年)の市区町村を除く1154自治体を分析

方法

市区町村の事業評価スコアを説明変数、健康寿命(※)を目的変数、人口密度の対数・財政力指数を調整変数とし、重回帰分析を実施した。

(※)健康日本21の「健康上の問題で日常生活が制限されることなく生活できる期間」の考え方にに基づき、要介護2以上を不健康な期間とする「日常生活動作が自立している期間」を用いて、男女別に、65歳時の健康な期間の平均を算出。

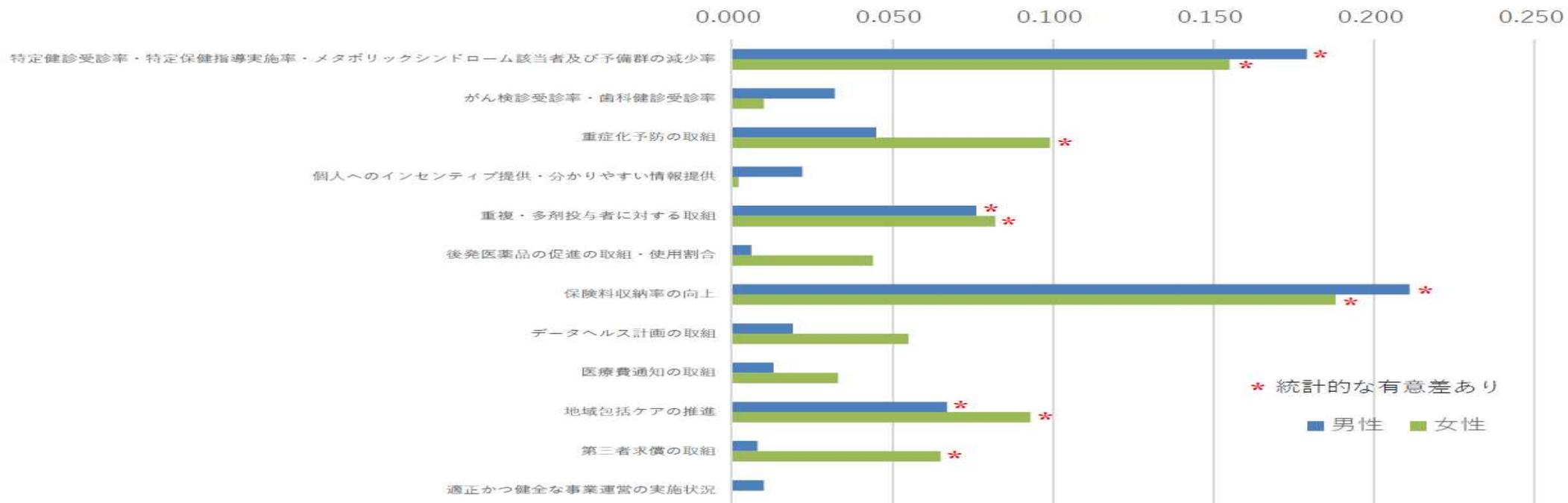
結果

男女ともに、特定健診受診率・特定保健指導実施率・メタボリックシンドローム該当者及び予備群の減少率(男性: $\beta=0.179, p<0.001$, 女性: $\beta=0.155, p<0.001$), 重複・多剤投与者に対する取組(男性: $\beta=0.076, p=0.009$, 女性: $\beta=0.082, p=0.005$), 保険料収納率の向上(男性: $\beta=0.211, p<0.001$, 女性: $\beta=0.188, p<0.001$), 地域包括ケアの推進(男性: $\beta=0.067, p=0.023$, 女性: $\beta=0.093, p=0.002$)の事業評価スコアが高いほど、健康寿命が有意に長い傾向がみられた。

結論

特定健診受診率・特定保健指導実施率・メタボリックシンドローム該当者及び予備群の減少率、重症化予防の取組、重複・多剤投与者に対する取組、保険料収納率の向上、地域包括ケアの推進、第三者求償の取組の事業評価スコアは、健康寿命と正の関連がみられた。今後、縦断データや個人データでの因果効果の検証が待たれる。上記のような取組の事業評価が高いほど健康寿命の延伸に寄与する可能性が示唆された。

図. 国民健康保険 保険者努力支援制度の事業評価スコアと健康寿命の関連(重回帰分析 標準化係数 β)



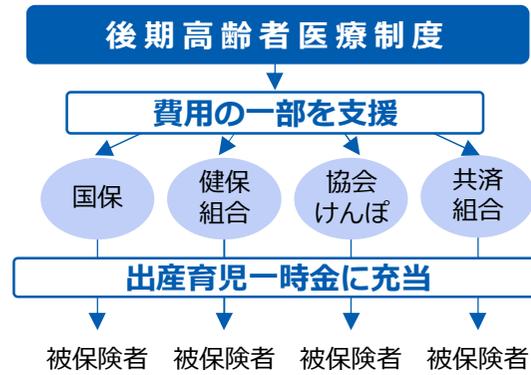
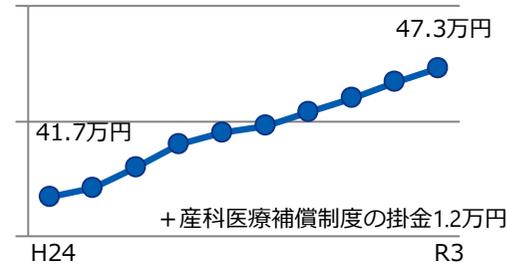
医療保険制度改革の主要事項

I. 出産育児一時金の引き上げ

- 出産育児一時金について、費用の見える化を行いつつ、大幅に増額（42万円→50万円/令和5年4月）
- 後期高齢者医療制度が出産育児一時金に係る費用の一部を支援する仕組みを導入し、子育てを全世代で支援
 - ※高齢者医療制度創設前は、全ての世代で出産育児一時金を含め子ども関連の医療費を負担

《出産費用（正常分娩）の推移》

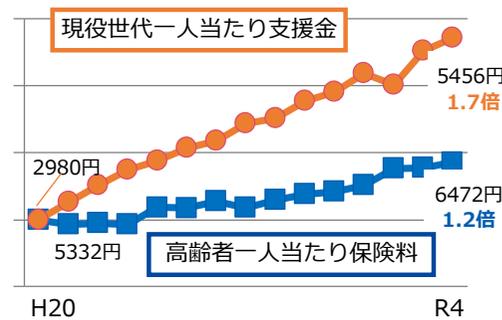
※民間医療機関を含めた全施設の平均



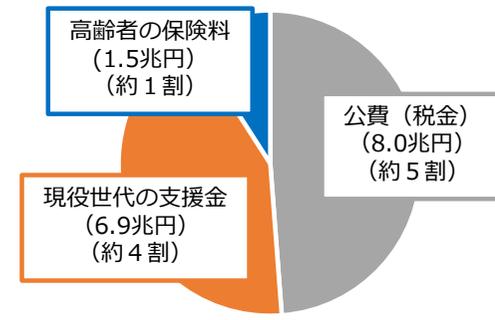
II. 高齢者医療を全ての世代で公平に支え合う仕組み

- 現役世代の負担上昇を抑制するため、後期高齢者医療における高齢者の保険料負担割合を見直し
 - 制度創設時と比べ、現役世代の支援金は1.7倍、高齢者の保険料は1.2倍の伸びとなっており、高齢者の保険料と現役世代の支援金の伸びが同じになるよう見直し。
 - 高齢者世代の保険料について、低所得層の負担増に配慮し、賦課限度額や所得に係る保険料率を引き上げる形で負担能力に応じた負担としつつ、激変緩和措置を講ずる。

《一人当たり保険料・支援金の推移（月額）》



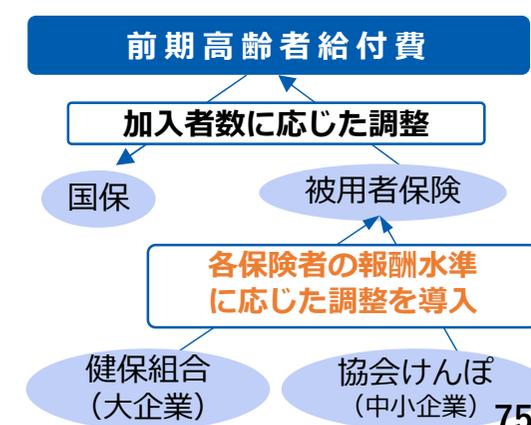
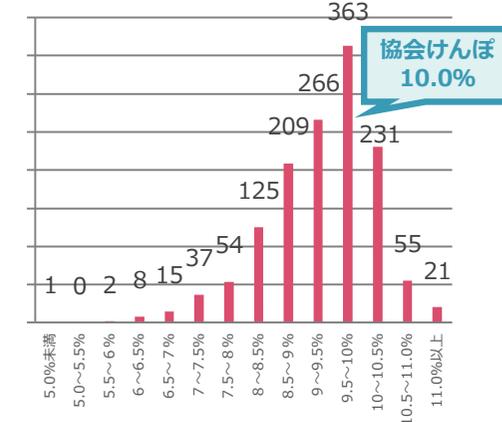
《後期高齢者医療の財源》



III. 被用者保険における負担能力に応じた格差是正の強化

- 前期高齢者の給付費の調整において、現行の「加入者数に応じた調整」に加え、「報酬水準に応じた調整」を導入
 - ※被用者保険者間の保険料率の格差が拡大。協会けんぽ（10%）以上の保険者が2割超。
- あわせて、現役世代の負担をできるかぎり抑制し、企業の賃上げ努力を促進する形で、既存の支援を見直すとともに国費による更なる支援を実施

《健康保険組合の保険料率の分布（R3）》



講師略歴

笹子 宗一郎（ささご そういちろう）

厚生労働省保険局国民健康保険課長

◆経歴

- 1997年4月 厚生省入省
その後、老人保健福祉局、医政局、保険局（総務課・高齢者医療企画課）
- 2014年9月 厚生労働省医政局看護課看護職員確保対策官
- 2015年10月 経済産業省商務情報政策局ヘルスケア産業課（大臣官房総務課企画官）
- 2017年7月 政策企画官（情報化担当参事室、社会保障担当参事室、サイバーセキュリティ担当参事官室等併任）
- 2020年6月 厚生労働省老健局認知症施策・地域介護推進課長
- 2023年7月 厚生労働省保険局国民健康保険課長
現在に至る