

改革工程表2021や骨太の方針2022
に関する主な取組について
(社会保障分野 ②)

「2024年度に向けた医療・介護サービス改革」

令和4年11月11日

経済・財政一体改革推進委員会
社会保障ワーキング・グループ

目次

①全世代型社会保障構築会議の議論の状況について

②2024年度に向けた医療・介護サービス改革

<関連する改革項目>

30. 地域医療構想の実現、大都市や地方での医療・介護提供に係る広域化等の地域連携の促進

33. 医師の働き方改革について検討

54. かかりつけ医、かかりつけ歯科医、かかりつけ薬剤師の普及

34. 地域の実情を踏まえた取組の推進（医療）

i. 地域別の取組や成果について進捗管理・見える化を行うとともに、進捗の遅れている地域の要因を分析し、保険者機能の一層の強化を含め、さらなる対応の検討

39. データヘルス改革の推進

v. ロボット・IoT・AI・センサーの活用

60. 介護のケアプラン作成に関する給付の在り方について検討

61. 介護の多床室室料に関する給付の在り方について検討

62. 介護の軽度者への生活援助サービス・福祉用具貸与に関する給付の在り方等について検討

63. 医療・介護における「現役並み所得」の判断基準の見直しを検討

③. 医療・介護を通じ他居住に係る費用負担の公平化の検討

①全世代型社会保障構築会議の議論の状況について

②2024年度に向けた医療・介護サービス改革

<関連する改革項目>

30. 地域医療構想の実現、大都市や地方での医療・介護提供に係る広域化等の地域連携の促進

33. 医師の働き方改革について検討

54. かかりつけ医、かかりつけ歯科医、かかりつけ薬剤師の普及

34. 地域の実情を踏まえた取組の推進（医療）

i. 地域別の取組や成果について進捗管理・見える化を行うとともに、進捗の遅れている地域の要因を分析し、保険者機能の一層の強化を含め、さらなる対応の検討

39. データヘルス改革の推進

v. ロボット・IoT・AI・センサーの活用

60. 介護のケアプラン作成に関する給付の在り方について検討

61. 介護の多床室室料に関する給付の在り方について検討

62. 介護の軽度者への生活援助サービス・福祉用具貸与に関する給付の在り方等について検討

63. 医療・介護における「現役並み所得」の判断基準の見直しを検討

③. 医療・介護を通じ他居住に係る費用負担の公平化の検討

「議論の中間整理」及び経済財政運営と改革の基本方針2022で指摘された主な検討項目

令和4年9月7日第3回
全世代型社会保障構築本部資料1より抜粋

子ども・子育て支援の充実関係

- ◆ 妊娠・出産・育児を通じた切れ目ない包括的支援が提供される体制や制度の構築
- ◆ 育児休業、短時間勤務、保育・幼児教育などの両立支援策を誰もが選択し、利用できる環境の整備
- ◆ 企業を含め社会・経済の参加者全員が連帯し、公平な立場で、広く負担していく新たな枠組みの検討 等

医療・介護制度改革関係

- ◆ 後期高齢者医療制度の保険料賦課限度額の引上げを含む保険料負担の在り方等各種保険制度における負担能力に応じた負担の在り方、給付と負担のバランス等の総合的な検討
- ◆ 2040年を見据えた医療・介護提供体制の在り方など、医療・介護制度改革（かかりつけ医機能が発揮される制度整備、地域医療構想の推進、地域包括ケアシステムの深化等） 等

働き方に中立的な社会保障制度構築関係

- ◆ 年金制度について、被用者保険に係る企業規模要件の撤廃を含めた見直し、非適用業種の見直し等の検討
- ◆ フリーランス、ギグワーカー等の被用者性等をどう捉えるのかを検討、その上で、労働環境の変化等を念頭に置きながら、より幅広い社会保険適用の在り方について総合的に検討 等

その他

(地域共生社会)

- ◆ 独居の困窮者・高齢者等が、地域社会と繋がりながら安心した生活を送るための「住まい」の確保 等

- 全世代型社会保障の構築に向けては、5月にとりまとめられた「議論の中間整理」や、「骨太の方針2022」に基づき、全世代型社会保障構築会議において、検討を更に深めていただく必要があります。

特に、我が国の将来を支える人材を育む「未来への投資」として、子育て・若者世代への支援を強化し、少子化対策に大胆に取り組むことは「成長と分配の好循環」を実現するためにも重要です。

- 少子化については、新型コロナの中で、出生数が将来人口推計よりも7年程度早く減少するなど、危機的な状況にあります。このため、出産育児一時金の大幅な増額を早急に図るとともに、育児休業期における給付の拡充など、親の働き方に関わらない子どもの年齢に応じた切れ目のない支援強化の在り方について、検討をお願いします。

- また、高齢者人口は2040年頃をピークに増え続けますが、特に、今後3年間で団塊の世代が後期高齢者となる中、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が必要です。コロナ禍で顕在化した課題を踏まえ、超高齢化・人口減少下における国民目線での医療・介護提供体制の在り方も含めて、医療・介護制度の改革を前に進めるべく検討をお願いいたします。

- さらに、国民のライフスタイルが多様化する中で、働き方に中立的な社会保障制度等を構築すべく、勤労者皆保険の実現に向けた方向性を議論いただくとともに、非正規雇用の方々を取り巻く課題の解決や労働移動の円滑化のために必要となる政策等について検討をお願いいたします。

- こうした議論を加速化していくため、全世代型社会保障構築会議において、「子ども・子育て支援の充実」、「医療・介護制度の改革」、「働き方に中立的な社会保障制度等の構築」といった3つのテーマを中心に、年末に向けて議論を進めていただき、ご報告をいただきたいと思います。

1. 検討の背景・趣旨

- 出生数が将来人口推計よりも7年程度早く減少するなどの危機的な状況を踏まえ、わが国の将来を支える人材を育む「未来への投資」として、子育て・若者世代への支援を強化し、少子化対策に大胆に取り組むことが必要。
- 少子化対策については、これまで種々の対策を講じてきているが、今なお、「仕事か、子育てか」の二者択一を迫られるなど、子育て・若者世代の意識・希望と働き方を含む子育てをめぐる現実との間に多くのギャップが見られる。
- このため、妊娠・出産・育児を通じた切れ目のない包括的支援が提供される体制や制度を構築していく必要があり、その観点から、主として以下のような論点を中心に検討することとしてはどうか。
- なお、こども政策としては、ここで掲げられている以外にも重要な論点が考えられるが、そうした点については、こども政策を総合的に推進するための「こども大綱」の取りまとめに向けた議論の中で検討していく。

2. 基本的な考え方

- 基本目標である「妊娠・出産・育児を通じた切れ目ない包括的支援が提供される体制や制度の構築」に向けて、各ステージにおいて優先的に強化すべき課題は何かを明らかにし、具体策の検討を進めていくことが考えられる。
- その際には、以下のような視点からの検討が重要ではないか。
 - ・親の働き方やライフスタイルに応じて、誰もが支援サービスを選択し、利用出来る環境の実現
 - ・男女がともに育児に参加できる環境の実現
 - ・妊娠時から出産・子育てまで一貫して、身近で相談支援を行う「伴走型相談」体制の実現
- 上記のような取り組みを進め、労働参加率の維持向上を図りつつ、社会全体で子育てを広く支え合うことの意義を国民の間で共有するための方策について、どう考えるか。

3. 妊娠・出産支援等

- 出産育児一時金の増額について
- 妊娠・出産期における支援の充実、結婚支援の充実について 等

4. 仕事と子育ての両立支援

- 育児休業期等における支援の充実等について
女性の就労継続や男性の育児参加を推進しつつ、子育て支援・両立支援を拡充していく視点から、例えば、以下のような点についてどう考えるか。
 - ・ 現行の育児休業給付制度がカバーしていない層への支援について
 - ・ 時短勤務を選択しやすくするための方策について
 - ・ 男性の育児休業取得促進について
 - ・ 育児期の柔軟な働き方を実現するためのさらなる方策について
- 短時間労働者等も含め、育児休業等から切れ目なく保育をより利用しやすくするための方策について 等

5. すべての子育て世帯等に対する子育て支援

- 現行制度で支援が手薄な低年齢期（0～2歳）の支援の充実について
- 妊娠時から出産・子育てまで一貫して、身近で相談に応じ、様々なニーズに即した必要な支援をつなぐ「伴走型相談支援」の充実について 等

【検討の背景・趣旨】

- 2040年を視野に入れて、高齢化への対応とあわせて、人口減少に対応した全世代型の社会保障制度を構築していくことが必要。特に2025年までに全ての団塊の世代が後期高齢者となる中で、制度的な対応が急務。
- このため、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強化するとともに、社会経済の変化に対応した医療・介護の提供体制を構築するための改革を実現することが必要。
- 上記のような観点から、以下の点について検討することとしてはどうか。

1. 医療分野

(1) 医療保険関係

- 子育て世代の支援のための出産育児一時金の大幅な増額と、その際、医療保険全体の中で支え合うことについて
- 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強化する観点を踏まえた、高齢者の保険料賦課限度額や高齢者医療制度への支援金の在り方、被用者保険者間の格差是正の方策等について
- 更なる国民の負担軽減の観点から、医療費の伸びを適正化するため、給付の効率化を含め、より実効的な取組について

(2) 医療提供体制関係

- 都道府県の責務の明確化等による、地域医療構想の推進について
- 医療法人の経営状況の見える化など、医療法人改革の推進について
- 働き方改革の確実な推進とともに、タスク・シフト/シェア、医療の担い手の確保や、医師偏在対策の推進について
- 今後の人口動態や医療ニーズの変化、新型コロナ禍で顕在化した課題を踏まえ、2025年、さらには2040年を見据えた医療提供体制とする観点からの入院、在宅、外来医療の在り方について
- 身近な診療所等の医療機関で必要な医療を必要なときに受けられるという観点において、患者・国民等から期待される「かかりつけ医機能」の在り方と、その機能が発揮される制度整備の在り方について

1. 医療分野（続き）

（3）その他

- データヘルス、オンライン診療、AI・ロボット・ICTの活用など、医療分野におけるデジタルトランスフォーメーションの確実な推進について

2. 介護分野

- 在宅での生活を希望する方の意向に応える観点から、地域の拠点となる在宅サービス基盤の整備と機能強化について
- 認知症本人や家族を含めた包括的な相談支援や権利擁護のための、核となる地域包括支援センターの機能強化や地域連携ネットワークの整備の推進について
- 介護予防や社会参加活動の場の充実について
- 介護人材の確保のための介護サービス事業者の経営の見える化や行政手続きの原則デジタル化等による、現場で働く介護職員の勤務環境の改善、テクノロジーの活用等も含めた介護現場の生産性の向上や、経営の大規模化・協働化等による人材や資源の有効活用等の推進について
- 利用者負担、多床室の室料負担、ケアマネジメントに関する給付、軽度者への生活援助サービス等、高所得者の保険料負担など、高齢者の負担能力に応じた負担、公平性等を踏まえた給付内容の在り方について

①全世代型社会保障構築会議の議論の状況について

②2024年度に向けた医療・介護サービス改革

<関連する改革項目>

- 30. 地域医療構想の実現、大都市や地方での医療・介護提供に係る広域化等の地域連携の促進
- 33. 医師の働き方改革について検討
- 54. かかりつけ医、かかりつけ歯科医、かかりつけ薬剤師の普及
- 34. 地域の実情を踏まえた取組の推進（医療）
 - i. 地域別の取組や成果について進捗管理・見える化を行うとともに、進捗の遅れている地域の要因を分析し、保険者機能の一層の強化を含め、さらなる対応の検討
- 39. データヘルス改革の推進
 - v. ロボット・IoT・AI・センサーの活用
- 60. 介護のケアプラン作成に関する給付の在り方について検討
- 61. 介護の多床室室料に関する給付の在り方について検討
- 62. 介護の軽度者への生活援助サービス・福祉用具貸与に関する給付の在り方等について検討
- 63. 医療・介護における「現役並み所得」の判断基準の見直しを検討
- ③. 医療・介護を通じ他居住に係る費用負担の公平化の検討

30. 地域医療構想の実現、大都市や地方での医療・介護提供に係る広域化等の地域連携の促進

進捗状況 (遅れている場合はその要因)

- 第8次医療計画(2024年度～2029年度)における記載事項追加(新興感染症対応)等に向けて、令和3年6月から「第8次医療計画等に関する検討会」を開催し、「基本方針」や「医療計画作成指針」の見直しに向けた議論を行っている。
- 地域医療構想の進め方について、令和4年3月の通知により、都道府県に対して、令和4年度及び令和5年度において、地域医療構想に係る民間医療機関も含めた各医療機関の対応方針の策定や検証・見直しを行うことや、各都道府県において、対応方針の検討状況について定期的に公表を行うとともに、厚生労働省に報告を行うことを求めた。
- 地域医療構想の検討状況を把握するため、全ての都道府県に対して、令和4年9月末時点における地域医療構想調整会議の開催状況や重点支援区域の申請の意向等の報告を求めた。
- 重点支援区域や病床機能再編支援事業による支援を実施している。
※ 重点支援区域は、これまでに12道県18区域を選定(令和4年4月に1区域追加)。病床機能再編支援事業については、令和3年度に120医療機関、2,770床の再編を対象に支給。
- 地域医療構想調整会議の議論の促進を図るため、都道府県担当者による取組の発表等、横展開を図った。また、令和4年度厚生労働科学研究において、地域の議論の促進に必要なデータ分析等について調査を実施している。

今後の取組方針

- 第8次医療計画について、令和4年中を目途に検討会の意見をとりまとめるうえ、令和4年度中を目途に厚生労働省において、「基本方針」と「医療計画作成指針」を作成し、これらを踏まえ、令和5年度中に都道府県において策定する。
なお、新興感染症対応については、感染症法等の改正案や同法に基づく感染症対策(予防計画)に関する検討状況を踏まえながら、検討会で議論している。
- 各都道府県において、第8次医療計画の策定作業と併せて、令和4年度及び令和5年度において、地域医療構想に係る民間医療機関も含めた各医療機関の対応方針の策定や検証・見直しを行う。
対応方針の策定状況については、9月末時点・3月末時点の2回調査する予定であり、これの公表を求める。
- 重点支援区域や病床機能再編支援事業による支援を実施する。
- 令和4年9月末時点における各医療機関の対応方針の策定状況や地域医療構想調整会議等における議論の状況等を踏まえ、議論の促進に必要と考えられる情報・データの利活用の在り方や議論の状況の「見える化」等について検討・実施する。

第8次医療計画の策定に向けた検討体制

- 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。

【新興感染症等】

感染症対策（予防計画）に関する検討の場 等

【5疾病】

各疾病に関する検討の場 等

連携

報告

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

* 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

第8次医療計画に向けた取組

国

R3.6

～

R4.12

●「第8次医療計画等に関する検討会」の開催

- 総論（医療圏・基準病床数等）について
- 各論（5疾病、5事業、在宅医療、外来医療、医師の確保等）について、各検討会・WG等での議論の報告

※第8次医療計画から新たに追加される6事業目（新興感染症）については、次の感染症危機に備えた感染症法等の改正案や同法に基づく感染症対策（予防計画）に関する検討状況を踏まえつつ、議論を行う予定。

●第8次医療計画等に関する検討会における意見のとりまとめ

●基本方針・医療計画作成指針等の改正

- 基本方針【大臣告示】
- 医療計画作成指針【局長通知】

医療計画の作成

- ・留意事項
- ・内容、手順 等

- 疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制構築に係る指針【課長通知】

疾病・事業別の医療体制

- ・求められる医療機能
- ・構築の手順 等

R5.1～3

都道府県

R5.4

～

R6.3

●第8次医療計画策定（都道府県は基本方針に即して、かつ地域の実情に応じて医療計画を定める。）

- 医療圏の設定、基準病床数の算定
- 5疾病・6事業及び在宅医療に関する事項
- 医師の確保に関する事項
- 外来医療に係る医療提供体制の確保に関する事項 等

R6.4～

●第8次医療計画開始（計画期間6年間）

地域医療構想に係る主な経緯や支援等について

| 年度 | 主な経緯 | 制度 | 財政支援 | 金融・税制優遇 | プラン・研修等その他支援 |
|------|---------------------------------|--|---|--|---|
| ～H28 | ・病床機能報告の開始 ・全都道府県で地域医療構想を策定 | ・医療法改正（地域医療構想、病床機能報告制度の創設） | ・地域医療介護総合確保基金の創設（地域医療構想の達成に向けた医療機関の施設又は設備の整備に関する事業） | ・地域医療構想優遇融資（増改築費用、長期運転資金） | |
| H29 | | | | | ・医療政策研修会 |
| H30 | 公立・公的医療機関において、先行して対応方針の策定 | ・医療法改正（地域医療構想の実現のため知事権限の追加） ・地域医療構想調整会議の活性化に向けた方策（通知） | | | |
| R1 | 「公立・公的医療機関等の具体的対応方針の再検証等について」通知 | | | ・地域医療構想実現のための特別償却制度（法人税優遇措置） | ・地域医療構想の実現に向けた病院管理者対象研修 |
| R2 | | | ・病床機能再編支援事業 | | ・地域医療構想の実現に向けた医療機能分化・連携推進事業（重点支援区域支援事業） |
| R3 | | ・医療介護総合確保法改正（再編計画の認定制度創設、病床機能再編支援事業基金化） | ・病床機能再編支援事業基金化（地域医療構想の達成に向けた病床の機能又は病床数の変更に関する事業） | ・認定再編計画に係る登録免許税優遇措置 | ・地域医療構想等ブロック担当者会議 |
| R4 | 医療機関の対応方針の策定や検証・見直し | | | ・認定再編計画に係る不動産取得税優遇措置 ・認定再編計画に係る金融融資（増改築費用、長期運転資金） | |
| R5 | | | | | |

※制度・支援・優遇については、開始以降、継続的に実施。

重点支援区域について

1 基本的な考え方

- 都道府県は、当該区域の地域医療構想調整会議において、重点支援区域申請を行う旨合意を得た上で、「重点支援区域」に申請を行うものとする。
- 「重点支援区域」は、都道府県からの申請を踏まえ、厚生労働省において選定する。なお、選定は複数回行うこととする。
- 重点支援区域の申請または選定自体が、医療機能再編等の方向性を決めるものではない上、重点支援区域に選定された後も医療機能再編等の結論については、あくまでも地域医療構想調整会議の自主的な議論によるものであることに留意が必要。
- 対象となるのは、「複数医療機関の医療機能再編等事例」。

2 支援内容

【技術的支援】（※）

- ・ 地域の医療提供体制や、医療機能再編等を検討する医療機関に関するデータ分析
- ・ 関係者との意見調整の場の開催 等

【財政的支援】

- ・ 地域医療介護総合確保基金の優先配分
- ・ 病床機能の再編支援を一層手厚く実施

3 選定区域

- これまでに以下の12道県18区域の重点支援区域を選定。

【1回目（令和2年1月31日）選定】

- ・ 宮城県（仙南区域、石巻・登米・気仙沼区域）
- ・ 滋賀県（湖北区域）
- ・ 山口県（柳井区域、萩区域）

【2回目（令和2年8月25日）選定】

- ・ 北海道（南空知区域、南檜山区域）
- ・ 新潟県（県央区域）
- ・ 兵庫県（阪神区域）
- ・ 岡山県（県南東部区域）
- ・ 佐賀県（中部区域）
- ・ 熊本県（天草区域）

【3回目（令和3年1月22日）選定】

- ・ 山形県（置賜区域）
- ・ 岐阜県（東濃区域）

【4回目（令和3年12月3日）選定】

- ・ 新潟県（上越区域、佐渡区域）
- ・ 広島県（尾三区域）

【5回目（令和4年4月27日）選定】

- ・ 山口県（下関区域）

4 再編の取組事例（岐阜県東濃区域（令和3年1月22日選定））

再編前

土岐市立総合病院
350床

東濃厚生病院
270床

【課題】

- ・ 医師確保が困難
- ・ 急性期病床が供給過剰の一方、回復期病床が不足。
- ・ 人口減少に伴う医療需要の減少

急性期・回復期
を集約

再編後

新病院
400床程度

東濃厚生病院の
跡地利用の検討
・ 1次医療機関として存続
・ 福祉・介護施設等

- ・ 医療資源、人材の集約化により救急医療に対応
- ・ 東濃中部における2次医療の完結
- ・ 3次医療との連携

病床機能再編支援事業 (地域医療介護総合確保基金 事業区分 I - 2)

令和4年度予算額：地域医療介護総合確保基金（医療分）
公費1,029億円の内数（195億円）

- 中長期的な人口減少・高齢化の進行を見据えつつ、今般の新型コロナウイルス感染症への対応により顕在化した地域医療の課題への対応を含め、地域の実情に応じた質の高い効率的な医療提供体制を構築する必要がある。
- こうした中、地域医療構想の実現を図る観点から、地域医療構想調整会議等の意見を踏まえ、自主的に行われる病床減少を伴う病床機能再編や、病床減少を伴う医療機関の統合等に取り組む際の財政支援*1を実施する。
- 令和2年度に予算事業として措置された本事業について法改正を行い、新たに地域医療介護総合確保基金の中に位置付け、引き続き事業を実施する。【補助スキーム：定額補助（国10／10）】

「単独医療機関」の取組に対する財政支援

【1.単独支援給付金支給事業】

病床数の減少を伴う病床機能再編に関する計画を作成した医療機関（統合により廃止する場合も含む）に対し、減少する病床1床当たり、病床稼働率に応じた額を支給

※病床機能再編後の対象3区分*2の許可病床数が、平成30年度病床機能報告における対象3区分として報告された稼働病床数の合計の90%以下となること

「複数医療機関」の取組に対する財政支援

【2.統合支援給付金支給事業】

統合（廃止病院あり）に伴い病床数を減少する場合のコスト等に充当するため、統合計画に参加する医療機関（統合関係医療機関）全体で減少する病床1床当たり、病床稼働率に応じた額を支給（配分は統合関係医療機関全体で調整）

※重点支援区域として指定された関係医療機関については一層手厚く支援
※統合関係医療機関の対象3区分の総病床数が10%以上減少する場合に対象

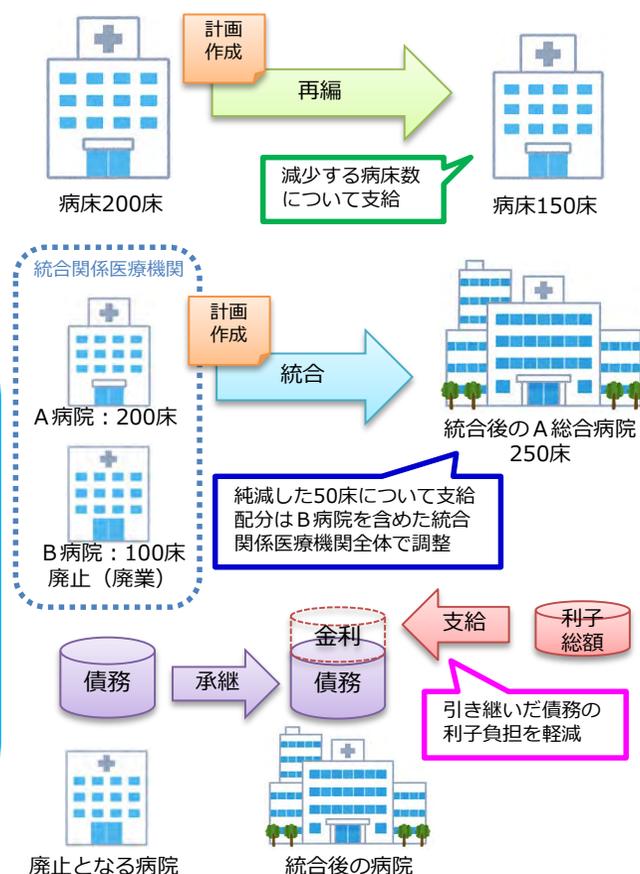
【3.債務整理支援給付金支給事業】

統合（廃止病院あり）に伴い病床数を減少する場合において、廃止される医療機関の残債を統合後に残る医療機関に承継させる場合、当該引継債務に発生する利子について一定の上限を設けて統合後医療機関へ支給

※統合関係医療機関の対象3区分の総病床数の10%以上減少する場合に対象
※承継に伴い当該引継ぎ債務を金融機関等からの融資に借り換えた場合に限る

*1 財政支援 …用途に制約のない給付金を支給

*2 対象3区分…高度急性期機能、急性期機能、慢性期機能



令和3年度病床機能再編支援事業（事業区分I-2）の交付実績

| | 交付実績 | | | |
|---------------------|--------------------------------|--------------------------------|---------|---------|
| | 「単独医療機関」 の取組に対する 財政支援（①） | 「複数医療機関」 の取組に対する 財政支援（②） | 計（③） | |
| 申請都道府県数 ※ | 29都道府県 | 5県 | 29都道府県 | |
| 支給対象医療機関数 ※ | 113医療機関 | 11医療機関 | 120医療機関 | |
| 減少病床数（A） | ▲2,932床 | ▲543床 | ▲3,475床 | |
| 支給対象3区分 | 高度急性期 | ▲112床 | 109床 | ▲3床 |
| | 急性期 | ▲1,611床 | ▲534床 | ▲2,145床 |
| | 慢性期 | ▲1,209床 | ▲118床 | ▲1,327床 |
| 回復期又は介護医療院への転換数等（B） | 629床 | 76床 | 705床 | |
| 支給対象病床数（A-B） | ▲2,303床 | ▲467床 | ▲2,770床 | |
| 交付額（執行額） | 45.2億円 | 12.8億円 | 57.9億円 | |

※ ①と②の両方について申請がある都道府県があることから、計（③）は①と②の合計と一致しないことがある。

33. 医師の働き方改革について検討

進捗状況 (遅れている場合はその要因)

- 2024年4月の改正医療法等の施行に向け、長時間労働の医師の健康管理の体制整備等を定めた政省令等を2022年1月に公布するとともに、同年4月に「医師労働時間短縮計画ガイドライン」等を公表。
また、改正医療法等の施行に向けた医療機関等の準備状況の把握を行うとともに、各医療機関の医師労働時間短縮計画等の評価を行う医療機関勤務環境評価センター及び高度な技能に係る研修を行う医療機関の教育研修環境や技能研修計画の審査を行う審査組織について、2022年10月の受付開始に係る体制整備等を実施。
- 地域医療介護総合確保基金区分VIにより、勤務医の労働時間短縮に取り組む医療機関に対する総合的な支援を実施するとともに、基金の具体的な活用事例について周知を行いその活用を促進。
- 各都道府県の医療勤務環境改善支援センターにおいて、労務管理等の専門家による医療機関への訪問支援等を実施するとともに、支援の実施状況について、WEBや現地での関係機関による打合せで把握するとともに、必要な助言等を実施。
- 中央社会保険医療協議会で現行制度に係る課題について検討し、2022年度診療報酬改定においては、地域医療体制確保加算において医師労働時間短縮計画の作成を要件化する等、医師の働き方改革に係る診療報酬上の対応を行った。

今後の取組方針

- 医療機関勤務環境評価センター及び審査組織について、円滑な業務実施のため必要な支援を行うとともに、医師の働き方改革について地域医療確保の取組と両立させながら一体的に進めていくため、都道府県と連携しながら、特に副業・兼業先も含めた時間外・休日労働時間数が年通算1,860時間相当超がある医療機関への必要な支援を実施。
- 地域医療介護総合確保基金区分VIについて、活用の促進に向け、都道府県と連携して周知を行うとともに、医療勤務環境改善支援センターに対する運営支援により、活動の活性化や支援内容の質の均てん化や向上を図る。
- 次期診療報酬改定に向けて、制度の運用を踏まえ、中央社会保険医療協議会で現行制度に係る課題の検討を行っていく。

良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制の確保を推進するための医療法等の一部を改正する法律の概要

改正の趣旨

良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制の確保を推進する観点から、医師の働き方改革、各医療関係職種の専門性の活用、地域の実情に応じた医療提供体制の確保を進めるため、長時間労働の医師に対し医療機関が講ずべき健康確保措置等の整備や地域医療構想の実現に向けた医療機関の取組に対する支援の強化等の措置を講ずる。

改正の概要

<Ⅰ. 医師の働き方改革>

長時間労働の医師の労働時間短縮及び健康確保のための措置の整備等（医療法）【令和6年4月1日に向け段階的に施行】

医師に対する時間外労働の上限規制の適用開始（令和6年4月1日）に向け、次の措置を講じる。

- ・勤務する医師が長時間労働となる医療機関における医師労働時間短縮計画の作成
- ・地域医療の確保や集中的な研修実施の観点から、やむを得ず高い上限時間を適用する医療機関を都道府県知事が指定する制度の創設
- ・当該医療機関における健康確保措置（面接指導、連続勤務時間制限、勤務間インターバル規制等）の実施 等

<Ⅱ. 各医療関係職種の専門性の活用>

1. 医療関係職種の業務範囲の見直し（診療放射線技師法、臨床検査技師等に関する法律、臨床工学技士法、救急救命士法）【令和3年10月1日施行】

タスクシフト/シェアを推進し、医師の負担を軽減しつつ、医療関係職種がより専門性を活かせるよう、各職種の業務範囲の拡大等を行う。

2. 医師養成課程の見直し（医師法、歯科医師法）【①は令和7年4月1日／②は令和5年4月1日施行等】※歯科医師も同様の措置

①共用試験合格を医師国家試験の受験資格要件とし、②同試験に合格した医学生が臨床実習として医業を行うことができる旨を明確化。

<Ⅲ. 地域の実情に応じた医療提供体制の確保>

1. 新興感染症等の感染拡大時における医療提供体制の確保に関する事項の医療計画への位置付け（医療法）【令和6年4月1日施行】

医療計画の記載事項に新興感染症等への対応に関する事項を追加する。

2. 地域医療構想の実現に向けた医療機関の取組の支援（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）【公布日施行】

令和2年度に創設した「病床機能再編支援事業」を地域医療介護総合確保基金に位置付け、当該事業については国が全額を負担することとするほか、再編を行う医療機関に対する税制優遇措置を講じる。

3. 外来医療の機能の明確化・連携（医療法）【令和4年4月1日施行】

医療機関に対し、医療資源を重点的に活用する外来等について報告を求める外来機能報告制度の創設等を行う。

<Ⅳ. その他> 持ち分の定めのない医療法人への移行計画認定制度の延長【公布日施行】

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、各職種の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 |
|------------------------|----------------------------------|-----------|-------------|
| A （一般労働者と同程度） | 960時間 | 義務 | 努力義務 |
| 連携B （医師を派遣する病院） | 1,860時間 ※2035年度末を目標に終了 | | 義務 |
| B （救急医療等） | | | |
| C-1 （臨床・専門研修） | | | |
| C-2 （高度技能の修得研修） | 1,860時間 | | 義務 |

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

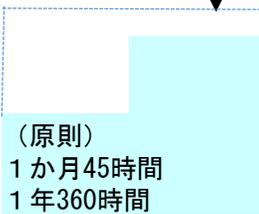
連続勤務時間制限と勤務間インターバル規制（または代償休息）

医師の時間外労働規制について

一般則

- (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

【時間外労働の上限】



【追加的健康確保措置】

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

将来
(暫定特例水準の解消
(=2035年度末を目標
後)

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)

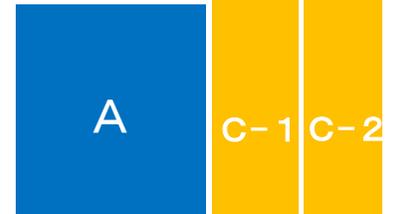
B
地域医療確保暫定特

C-1
(医療機関を指定)

C-2
集中的技能向上水準

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

年960時間／月100時間未満 (例外あり) ※いずれも休日労働含む



※この(原則)については医師も同様。

※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。

2024年度の時間外労働の上限規制の施行に向けた準備プロセス

- 2024年度からの上限規制の適用開始に向け、円滑な実施を確保するとともに、必要な地域医療に影響が出ることのないよう、国・都道府県の責任の下で進捗を管理していく。
- 特に、大学病院など、地域医療の確保のため医師を派遣している医療機関が、施行に向けて必要な取り組みを進めることができず、地域医療が守られるよう、施行直前まで、その準備状況と地域医療への影響や医師の派遣実態についての調査を実施し必要な支援や対応について検討を行う。

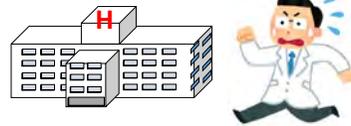


勤務医の労働時間短縮を図るため、労働時間短縮のための計画を策定し、勤務環境改善の体制整備に取り組む医療機関に対する助成を行う。(医療機関が行う事業に対し都道府県が補助を実施)

勤務医の労働時間短縮に向けた体制の整備に関する事業

1. 補助の対象となる医療機関

地域医療において特別な役割があり、かつ過酷な勤務環境となっていると都道府県知事が認める医療機関。



< 具体的要件 (いずれかを満たす) >

※診療報酬上の「地域医療体制確保加算」を取得している医療機関は補助対象外。

- ① 救急用の自動車等による搬送件数が年間1000件以上2000件未満
- ② 救急搬送件数が年間1000件未満のうち、
 - ・ 夜間・休日・時間外入院件数が年間500件以上で地域医療に特別な役割がある医療機関
 - ・ 離島、へき地等で同一医療圏内に他に救急対応可能な医療機関が存在しない等、特別な理由の存在する医療機関
- ③ 地域医療の確保に必要な医療機関であって、
 - ・ 周産期医療、精神科救急等、公共性と不確実性が強く働く医療を提供している医療機関
 - ・ 脳卒中や心筋梗塞等の急性期医療を担う医療機関で、一定の実績を有するなど、5疾病5事業で重要な医療を提供している医療機関
- ④ 在宅医療において特に積極的な役割を担う医療機関

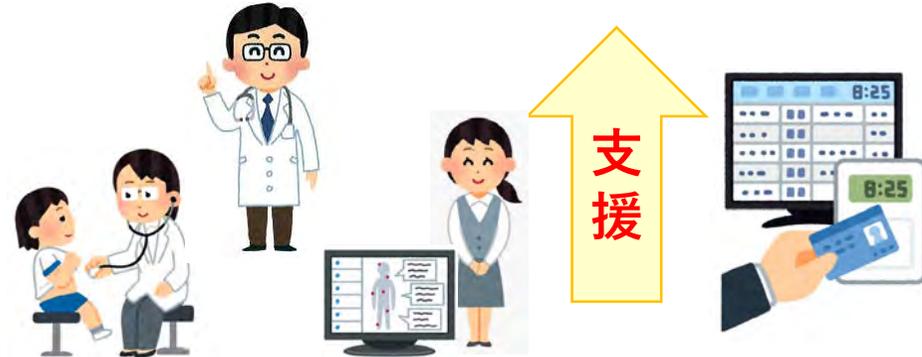
2. 交付の要件

月の時間外・休日労働時間が80時間を超える医師を雇用（雇用予定含む）している医療機関で、年間の時間外・休日労働時間が960時間を超える36協定を締結している若しくは締結を予定していること。

医師の労働時間短縮に向けた総合的な取組

医療機関において医師の労働時間短縮計画を策定し、勤務環境改善の体制整備として次のような取組を総合的に実施

- ・ 勤務間インターバルや連続勤務時間制限の適切な設定
- ・ 当直明けの勤務負担の緩和
- ・ 複数主治医制の導入
- ・ 女性医師等に対する短時間勤務等多様で柔軟な働き方を推進
- ・ タスク・シフティング、タスク・シェアリングの推進
- ・ これらに類する医師の業務見直しによる労働時間短縮に向けた取組



3. 補助対象経費

上記の総合的な取組に要する経費をパッケージとして補助。

4. 補助基準額

最大使用病床数 × 133千円

※20床未満の場合は20床として算定。

医療従事者の勤務環境改善に取り組む医療機関への支援体制の構築（平成26年10月1日施行）

【事業イメージ（全体像）】

医師・看護職等の医療スタッフの離職防止や医療安全の確保等を図るため、国の指針・手引きを参照して、各医療機関がPDCAサイクルを活用して計画的に医療従事者の勤務環境改善に向けた取組を行う仕組み（勤務環境改善マネジメントシステム）を創設するとともに、各都道府県に、こうした取組を行う医療機関に対する総合的・専門的な支援体制（医療勤務環境改善支援センター）を設置する。センター事業は地域の医療関係団体等による実施も可能。（都道府県の実情に応じた柔軟な実施形態が可能。）

都道府県 医療勤務環境改善支援センター

各医療機関の勤務環境改善マネジメントシステムに基づく「勤務環境改善計画」の策定・実施・評価等を、専門家のチームにより、個々の医療機関のニーズに応じて、総合的にサポート

医療労務官理支援事業

（医療労務管理アドバイザー等の配置）

○労務管理面でのアドバイザー等の配置

社会保険労務士、
医業経営コンサル
タントなど

一体的な
支援

医業経営アドバイザー

- 診療報酬制度面
- 医療制度・医事法制面
- 組織マネジメント・経営管理面
- 関連補助制度の活用等に関する専門的アドバイザーの派遣等

地域医療介護総合確保基金対象事業

労働基準局予算

都道府県労働局が執行

令和4年度予算額 労働保険特別会計7,4(6.2)億円

都道府県
労働局

※ 地域の関係団体と連携した支援
医師会・歯科医師会・薬剤師会・看護協会・病院協会・社会保険労務士会・医業経営コンサルタント協会等

マネジメントシステムの普及・導入支援、
相談対応、情報提供等

医政局予算

都道府県衛生主管部局

令和4年度予算額 地域医療介護総合確保基金
公費1029億円（1179億円）の内数

勤務環境改善に取り組む医療機関

勤務環境改善マネジメントシステム



院内で、院長、各部門責任者やスタッフが集まり協議

ガイドラインを参考に 改善計画を策定

課題の抽出

改善計画の策定

現状の分析

- ・医療従事者の働き方・休み方の改善
多職種の役割分担・連携、チーム医療の推進
医師事務作業補助者や看護補助者の配置
勤務シフトの工夫、休暇取得の促進 など
- ・働きやすさ確保のための環境整備
院内保育所・休憩スペース等の整備
短時間正職員制度の導入
子育て中・介護中の者に対する残業の免除
暴力・ハラスメントへの組織的対応
医療スタッフのキャリア形成の支援 など

地域医療体制確保加算の見直し

地域医療体制確保加算の見直し

- ▶ 地域医療の確保を図り、医師の働き方改革を実効的に進める観点から、地域医療体制確保加算について対象となる医療機関を追加するとともに、医師労働時間短縮計画の作成を要件に追加し、評価を見直す。

現行

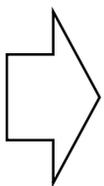
【地域医療体制確保加算】

地域医療体制確保加算 520点

【施設基準】

「病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に資する計画」を作成すること。

救急医療に係る実績として、救急用の自動車又は救急医療用ヘリコプターによる搬送件数が、年間で2,000件以上であること。



改定後

【地域医療体制確保加算】

地域医療体制確保加算 **620点**

【施設基準】

「医師労働時間短縮計画作成ガイドライン」に基づき、「医師労働時間短縮計画」を作成すること。

以下のアからウまでのいずれかを満たしていること。

ア 救急医療に係る実績として、救急用の自動車又は救急医療用ヘリコプターによる搬送件数が、年間で2,000件以上であること。

イ 救急医療に係る実績として、救急用の自動車又は救急医療用ヘリコプターによる搬送件数が、年間で1,000件以上であり、かつ、区分番号「A237」ハイリスク分娩等管理加算（ハイリスク分娩管理加算に限る。）若しくは区分番号「A303」総合周産期特定集中治療室管理料又は区分番号「A301-4」小児特定集中治療室管理料若しくは区分番号「A302」新生児特定集中治療室管理料に係る届出を行っている保険医療機関であること。

ウ 「疾病・事業及び在宅医療に係る医療提供体制について」（平成29年3月31日医政地発0331第3号）に規定する総合周産期母子医療センター又は地域周産期母子医療センターのいずれかであること。

地域医療体制確保加算の見直し

医師労働時間短縮計画について

- 医師の働き方改革をより実効的に進める観点から、「医師労働時間短縮計画作成ガイドライン」に基づく、「医師労働時間短縮計画」作成を求めるとし、「実績」「取込目標」等の記載を求める。

＜参考＞ 現行の要件
(地域医療体制確保加算)

- | |
|--|
| ① 病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善のため、病院勤務医の勤務状況の把握とその改善の必要性等について提言するための責任者を配置すること。 |
| ② 病院勤務医の勤務時間及び当直を含めた夜間の勤務状況を把握していること。 |
| ③ 当該保険医療機関内に、多職種からなる役割分担推進のための委員会又は会議を設置し、「病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に資する計画」を作成すること。また、当該委員会等は、当該計画の達成状況の評価を行う際、その他適宜必要に応じて開催していること。 |
| ④ ③の計画は、現状の病院勤務医の勤務状況等を把握し、問題点を抽出した上で、具体的な取組み内容と目標達成年次等を含めた病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に資する計画とするとともに、定期的に評価し、見直しを行うこと。 |
| ⑤ ③の計画の作成に当たっては、次に掲げるア～キの項目を踏まえ検討した上で、 必要な事項を記載 すること。(※例示は省略) |
| ⑥ 病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に関する取組事項を当該保険医療機関内に掲示する等の方法で公開すること。 |

○労働時間と組織管理（共通記載事項）

(1) 労働時間数

以下の全ての項目について、①前年度実績、②当年度目標及び③計画期間終了年度の目標を記載

- ・ 年間の時間外・休日労働時間数の平均・最長
- ・ 年間の時間外・休日労働時間数960時間超～1,860時間の人数・割合
- ・ 年間の時間外・休日労働時間数1,860時間超の人数・割合

(2) 労務管理・健康管理

以下の全ての項目について、①前年度の取組実績、②当年度の取組目標及び③計画期間中の取組目標を記載

- ・ 労働時間管理方法、宿日直許可の有無を踏まえた時間管理
- ・ 医師の研鑽の労働時間該当性を明確化するための手続等
- ・ 労使の話し合い、36協定の締結
- ・ 衛生委員会、産業医等の活用、面接指導の実施体制
- ・ 追加的健康確保措置の実施(連続勤務時間制限、勤務間インターバル、代償休息、面接指導等)

(3) 意識改革・啓発

以下の項目のうち、最低1つの取組について、①前年度の取組実績、②当年度の取組目標及び③計画期間中の取組目標を計画に記載

- ・ 管理者マネジメント研修
- ・ 働き方改革に関する医師の意識改革
- ・ 医療を受ける者やその家族等への医師の働き方改革に関する説明

○労働時間短縮に向けた取組（項目ごとに任意の取組を記載）

(1)～(5)それぞれにおいて、最低1つの取組について①計画作成時点における取組実績と②計画期間中の取組目標を計画に記載

(1) タスク・シフト/シェア

(2) 医師の業務の見直し

(3) その他の勤務環境改善(ICT活用、WLB推進等)

(4) 副業・兼業を行う医師の労働時間の管理

(5) C-1水準を適用する臨床研修医及び専攻医の研修の効率化

54. かかりつけ医、かかりつけ歯科医、かかりつけ薬剤師の普及

| 進捗状況 (遅れている場合はその要因) | 今後の取組方針 |
|---|--|
| <p><かかりつけ医の普及について></p> <ul style="list-style-type: none"> ○ <u>かかりつけ医に関しては、受診の必要性や医療機関の選択等を適切に理解して医療にかかることができれば、患者・国民にとって、必要なときに適切な医療機関にかかることができ、また、医療提供者側の過度な負担が軽減されることで、医療の質・安全確保につながるという観点から、かかりつけ医を持つこと等に関して、周知・広報活動を実施している。</u> ○ <u>9月29日の医療部会において、これまでのかかりつけ医機能を巡る議論について整理するとともに、日本の医療の現状と今後の課題を踏まえつつ、かかりつけ医機能の定義やかかりつけ医機能を明確化し発揮させる意義等について、議論を行った。</u> ○ <u>中央社会保険医療協議会で現行制度に係る課題について検討し、2022年度診療報酬改定においては、地域包括診療料及び地域包括診療加算について、慢性疾患を有する患者に対するかかりつけ医機能の評価を推進する観点から、対象疾患に慢性心不全及び慢性腎臓病を追加するとともに、患者からの予防接種に係る相談に対応すること等を要件に追加する等の診療報酬上の対応を行った。</u> | <ul style="list-style-type: none"> ○ <u>かかりつけ医機能の明確化を図りながら、国民に対して上手な医療のかかり方の普及・啓発を進める。</u> ○ <u>全世代型社会保障構築会議における医療・介護制度改革の議論も踏まえつつ、検討を進める。</u> ○ <u>次期診療報酬改定に向けて、診療報酬改定の検証や全世代型社会保障構築会議・医療部会における検討等も踏まえて中央社会保険医療協議会で現行制度に係る課題の検討を行っていく。</u> |

54. かかりつけ医、かかりつけ歯科医、かかりつけ薬剤師の普及

進捗状況 (遅れている場合はその要因)

<かかりつけ薬剤師の普及について>

○ かかりつけ薬剤師に関しては、「薬と健康の週間」など、様々な機会を通じて、国民、自治体や薬局関係団体に向けて周知を行った。

なお、K P I第2階層の「重複投薬・相互作用等防止に係る調剤報酬の算定件数」及び「地域包括ケアシステムにおいて過去1年間に平均月1回以上医師等と連携して在宅業務を実施している薬局数」において進捗が遅れているが、要因として新型コロナウイルス感染症による受診・訪問控え等により進捗が伸び悩んでいる可能性がある。

今後の取組方針

○ かかりつけ薬剤師に関しては、必要に応じてK P Iの見直しの検討を行いつつ、引き続きかかりつけ機能の在り方を踏まえながら、かかりつけ薬剤師の普及を進める。

なお、「地域包括ケアシステムにおける薬剤師・薬局の役割」をテーマに自治体職員を対象とするセミナーを開催し、かかりつけ薬剤師・薬局の推進に関する自治体等の好事例を周知した。令和5年2月頃にも全国の自治体や関係団体に向け好事例等を周知する予定。

○全世代型社会保障構築会議 議論の中間整理（令和4年5月17日）（抜粋）

加えて、今回のコロナ禍により、かかりつけ医機能などの地域医療の機能が十分作動せず総合病院に大きな負荷がかかるなどの課題に直面した。かかりつけ医機能が発揮される制度整備を含め、機能分化と連携を一層重視した医療・介護提供体制等の国民目線での改革を進めるべきである。

○全世代型社会保障構築会議における岸田内閣総理大臣発言（令和4年5月17日）（抜粋）

地域完結型の医療・介護サービス提供体制の構築に向けて、かかりつけ医機能が発揮される制度整備を行い、機能分化と連携を一層重視した国民目線での医療・介護提供体制改革を進めます。

○経済財政運営と改革の基本方針2022（令和4年6月7日）（抜粋）

また、医療・介護提供体制などの社会保障制度基盤の強化については、今後の医療ニーズや人口動態の変化、コロナ禍で顕在化した課題を踏まえ、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、機能分化と連携を一層重視した医療・介護提供体制等の国民目線での改革を進めることとし、かかりつけ医機能が発揮される制度整備を行うとともに、地域医療連携推進法人の有効活用や都道府県の責務の明確化等に関し必要な法制上の措置を含め地域医療構想を推進する。

かかりつけ医の定義と機能（日本医師会・四病院団体協議会）

「かかりつけ医」とは（定義）

なんでも相談できる上、最新の医療情報を熟知して、必要なときには専門医、専門医療機関を紹介でき、身近で頼りになる地域医療、保健、福祉を担う総合的な能力を有する医師。

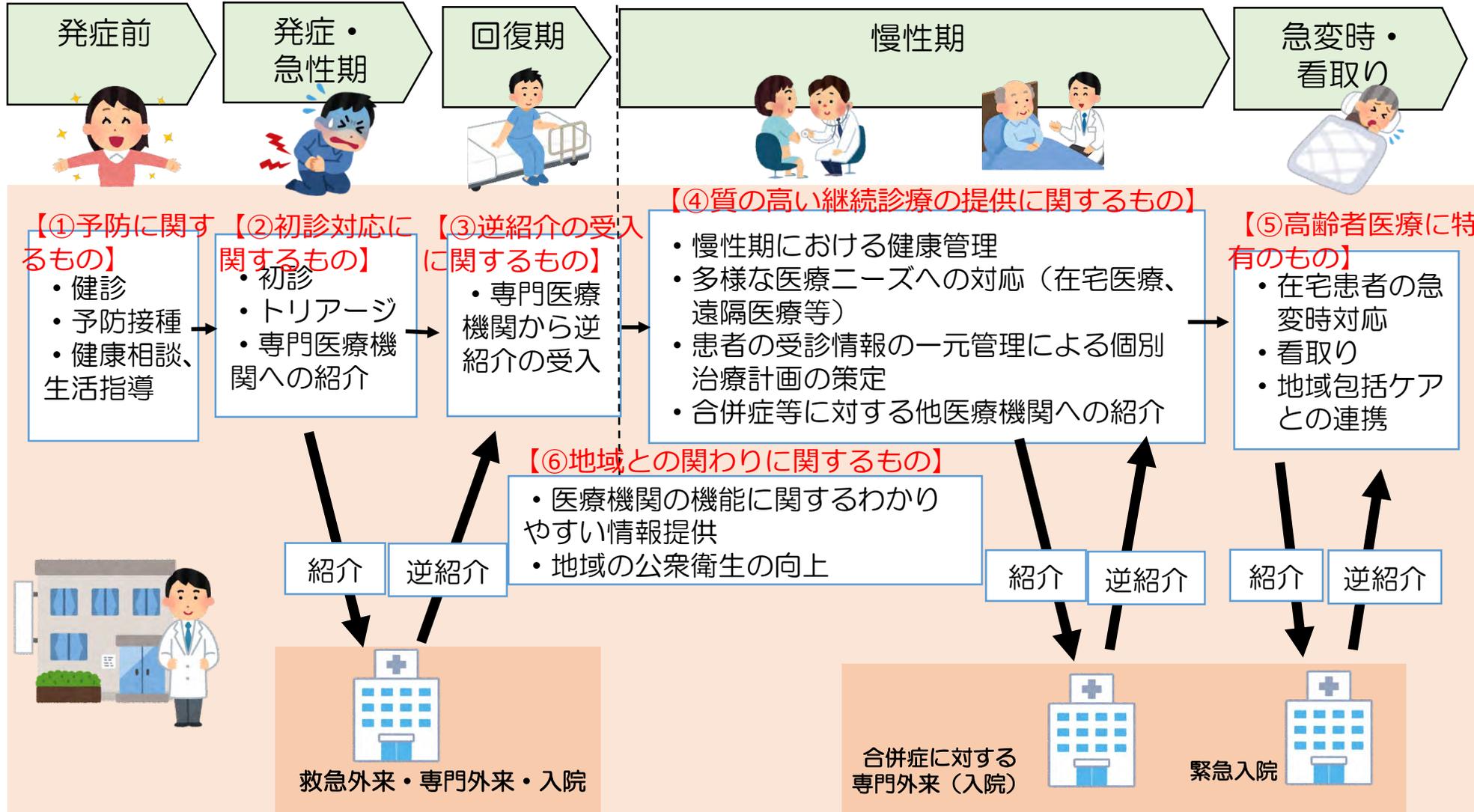
「かかりつけ医機能」

- かかりつけ医は、日常行う診療においては、患者の生活背景を把握し、適切な診療及び保健指導を行い、自己の専門性を超えて診療や指導を行えない場合には、地域の医師、医療機関等と協力して解決策を提供する。
- かかりつけ医は、自己の診療時間外も患者にとって最善の医療が継続されるよう、地域の医師、医療機関等と必要な情報を共有し、お互いに協力して休日や夜間も患者に対応できる体制を構築する。
- かかりつけ医は、日常行う診療のほかに、地域住民との信頼関係を構築し、健康相談、健診・がん検診、母子保健、学校保健、産業保健、地域保健等の地域における医療を取り巻く社会的活動、行政活動に積極的に参加するとともに保健・介護・福祉関係者との連携を行う。また、地域の高齢者が少しでも長く地域で生活できるよう在宅医療を推進する。
- 患者や家族に対して、医療に関する適切かつわかりやすい情報の提供を行う。

受診の場面からみた、保健医療のニーズ

＜医療にかかっていない者＞
（持病がない者）

＜継続的に医療にかかっている者＞
（持病のある者）



地域包括診療料等における対象疾患等の見直し

地域包括診療料・地域包括診療加算の見直し

- 地域包括診療料等について、慢性疾患を有する患者に対するかかりつけ医機能の評価を推進する観点から、
 - 地域包括診療料等の対象疾患に、慢性心不全及び慢性腎臓病を追加する。
 - 患者に対する生活面の指導については、必要に応じ、医師の指示を受けた看護師や管理栄養士、薬剤師が行っても差し支えないこととする。
 - 患者からの予防接種に係る相談に対応することを要件に追加するとともに、院内掲示により、当該対応が可能なことを周知することとする。

現行

【地域包括診療料】

[対象患者]

- 脂質異常症、高血圧症、糖尿病又は認知症のうち2以上の疾患を有する入院中の患者以外の患者

[算定要件]

- 当該患者を診療する担当医を決めること。担当医は、慢性疾患の指導に係る適切な研修を修了した医師とし、担当医により指導及び診療を行った場合に当該診療料を算定する。
- 当該患者に対し、以下の指導、服薬管理等を行うこと。
ア～ケ (略)

[施設基準]

- 健康相談を実施している旨を院内掲示していること。



改定後

【地域包括診療料】 (※地域包括診療加算も同様)

[対象患者]

- 脂質異常症、高血圧症、糖尿病、慢性心不全、慢性腎臓病（慢性維持透析を行っていないものに限る。）又は認知症のうち2以上の疾患を有する入院中の患者以外の患者

[算定要件]

- 当該患者を診療する担当医を決めること。担当医は、慢性疾患の指導に係る適切な研修を修了した医師とし、担当医により指導及び診療を行った場合に当該診療料を算定する。
- 当該患者に対し、以下の指導、服薬管理等を行うこと。
ア～ケ (略)

コ 必要に応じ、患者の予防接種の実施状況を把握すること等により、当該患者からの予防接種に係る相談に対応すること。

[施設基準]

- 健康相談及び予防接種に係る相談を実施している旨を院内掲示していること。

「患者のための薬局ビジョン」～「門前」から「かかりつけ」、そして「地域」へ～

健康サポート薬局

健康サポート機能

- ☆ 国民の**病気の予防や健康サポートに貢献**
 - ・ 要指導医薬品等を適切に選択できるような供給機能や助言の体制
 - ・ 健康相談受付、受診勧奨・関係機関紹介 等

高度薬学管理機能

- ☆ **高度な薬学的管理ニーズ**への対応
 - ・ 専門機関と連携し抗がん剤の副作用対応や抗HIV薬の選択などを支援 等

かかりつけ薬剤師・薬局

服薬情報の一元的・継続的把握とそれに基づく薬学的管理・指導

- ☆ **副作用や効果**の継続的な確認
- ☆ **多剤・重複投薬や相互作用の防止**
 - ICT（電子版お薬手帳等）を活用し、
 - ・ 患者がかかる**全ての医療機関の処方情報を把握**
 - ・ 一般用医薬品等を含めた服薬情報を一元的・継続的に把握し、薬学的管理・指導

24時間対応・在宅対応

- ☆ **夜間・休日、在宅医療**への対応
 - ・ **24時間**の対応
 - ・ **在宅患者**への薬学的管理・服薬指導
 - ※ 地域の薬局・地区薬剤師会との連携のほか、へき地等では、相談受付等に当たり地域包括支援センター等との連携も可能

医療機関等との連携

- ☆ 処方内容の照会・処方提案
- ☆ 副作用・服薬状況のフィードバック
- ☆ 医療情報連携ネットワークでの情報共有
- ☆ 医薬品等に関する相談や健康相談への対応
- ☆ 医療機関への受診勧奨

薬と健康の週間

1 目的

「薬と健康の週間」は、医薬品を正しく使用することの大切さ、そのために薬剤師が果たす役割の大切さを一人でも多くの方に知ってもらうために、ポスターやパンフレットを用いて積極的な啓発活動を行う週間です。

ポスター

パンフレット（抜粋）

2 実施期間

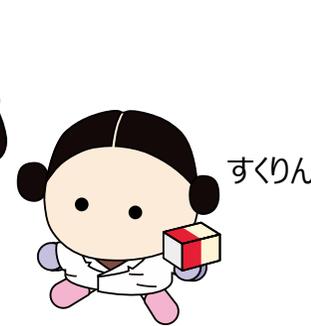
10月17日から10月23日までの1週間

3 経緯

1949年（昭和24年）に「全国薬学週間」が開催されたことを契機として、1978年（昭和53年）から「薬祖神祭の日」である10月17日を初日とする1週間を「薬と健康の週間」としています。

4 オリジナルキャラクター

古事記や日本書紀において、日本に医薬を広めたとされる二柱の神である、**大国主命（おおくにぬしのみこと）**、**少彦名命（すくなひこなのみこと）**をモチーフに、令和4年度に「おーくん」「すくりん」というキャラクターを作成しました。ポスターやパンフレットに登場しています。



①全世代型社会保障構築会議の議論の状況について

②2024年度に向けた医療・介護サービス改革

<関連する改革項目>

- 30. 地域医療構想の実現、大都市や地方での医療・介護提供に係る広域化等の地域連携の促進
 - 33. 医師の働き方改革について検討
 - 54. かかりつけ医、かかりつけ歯科医、かかりつけ薬剤師の普及
 - 34. 地域の実情を踏まえた取組の推進（医療）
 - i. 地域別の取組や成果について進捗管理・見える化を行うとともに、進捗の遅れている地域の要因を分析し、保険者機能の一層の強化を含め、さらなる対応の検討
 - 39. データヘルス改革の推進
 - v. ロボット・IoT・AI・センサーの活用
 - 60. 介護のケアプラン作成に関する給付の在り方について検討
 - 61. 介護の多床室室料に関する給付の在り方について検討
 - 62. 介護の軽度者への生活援助サービス・福祉用具貸与に関する給付の在り方等について検討
 - 63. 医療・介護における「現役並み所得」の判断基準の見直しを検討
- ③. 医療・介護を通じ他居住に係る費用負担の公平化の検討

34. 地域の実情を踏まえた取組の推進（医療）

i. 地域別の取組や成果について進捗管理・見える化を行うとともに、進捗の遅れている地域の要因を分析し、保険者機能の一層の強化を含め、さらなる対応の検討

| 進捗状況 (遅れている場合はその要因) | 今後の取組方針 |
|---|---|
| <p>i について</p> <p>2024年度からはじまる第4期医療費適正化計画の策定に向けて、<u>医療費適正化の更なる推進と計画の実効性の確保のため、骨太の方針2021等を踏まえ、医療保険部会で議論中。</u></p> | <p>i について</p> <p>第4期医療費適正化計画に向けて、必要な法制上の措置を講ずる。</p> <p><u>2023年度の都道府県における計画策定に資するよう、医療保険部会での議論を踏まえ、国において基本方針を策定する。</u></p> <p>具体的には、</p> <ul style="list-style-type: none"> ①現行の目標の更なる推進 (後発医薬品の使用促進、重複・多剤投与の適正化など) ②新たに取り組むべき目標 (医療資源の効果的・効率的な活用など) ③取組の実効性確保のための体制構築 (保険者協議会の必置化、都道府県の責務の明確化など) <p>について見直す方向で議論している。</p> <p>医療費の地域差縮減に向けては、化学療法や白内障の外来実施のように、<u>医療資源の投入量に地域差がある医療について、地域ごとに都道府県、医療関係者、保険者などが把握・検討を行い、これを踏まえて必要な適正化に向けた取組を進めることを検討。</u></p> |

令和2年度 医療費の動向 ～概算医療費の年度集計結果～

- 新型コロナウイルス感染症の拡大の影響等を受け、令和2年度の医療費は前年度に比べ1.3兆円減少。
(対前年度比▲3.1%)
- 医療費の減少要因としては、感染リスクに対する受診控えの他に、マスクの着用等による風邪などの「呼吸器系の疾患」の減少が考えられる。

■ 診療種別 概算医療費・対前年度伸び率

(単位：兆円、%)

| | 総計 | | | | | | |
|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|--------|
| | 医科 | 歯科 | | 調剤 | 訪問看護 | | |
| | | 入院 | 入院外 | | | | |
| 令和元年度 ① | 43.6 | 32.5 | 17.6 | 14.9 | 3.0 | 7.7 | 0.3 |
| 令和2年度 ② | 42.2 | 31.3 | 17.1 | 14.2 | 3.0 | 7.5 | 0.4 |
| ②-① | ▲ 1.33 | ▲ 1.17 | ▲ 0.53 | ▲ 0.64 | ▲ 0.02 | ▲ 0.20 | 0.06 |
| (伸び率) | (▲ 3.1) | (▲ 3.6) | (▲ 3.0) | (▲ 4.3) | (▲ 0.8) | (▲ 2.6) | (19.8) |

出典：医療費の動向調査

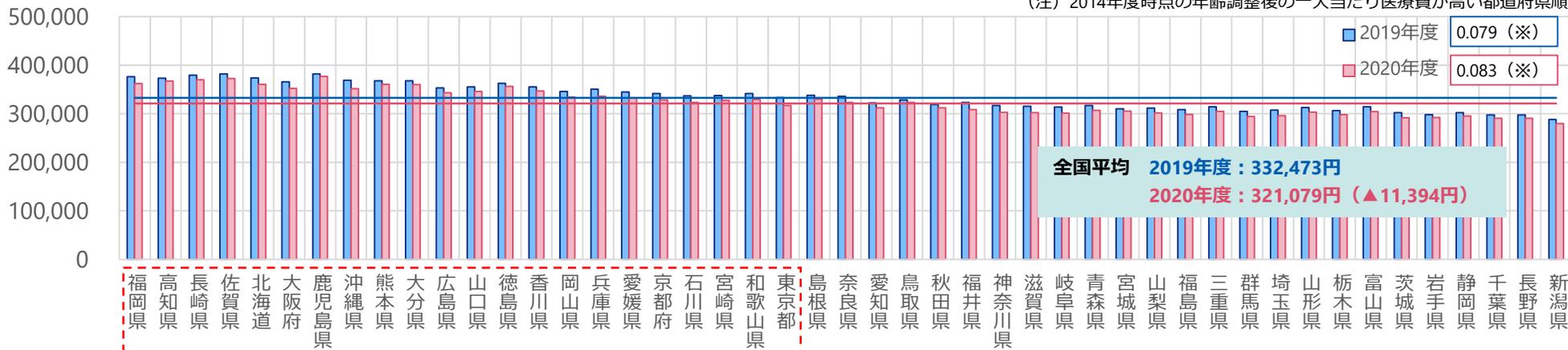
年齢調整後の一人当たり医療費の地域差

－ 2020年度電算処理ベース（2019年度電算処理ベースとの比較） －

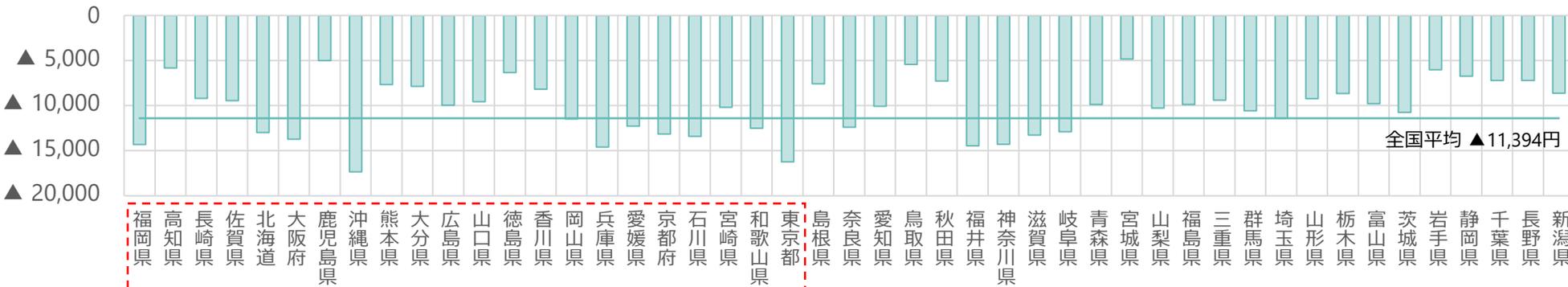
- 2020年度の「年齢調整後一人当たり医療費の地域差」は、速報値（電算処理ベース）でみると0.083となっており、2019年度の0.079（電算処理ベース）から増加しているが、地域差に改善がみられた都道府県もある。
- 2020年度には、新型コロナによる受診減等の影響により、年齢調整後一人当たり医療費が全国的に減少しているが、その影響にも地域差があると考えられるため、「年齢調整後一人当たり医療費の地域差」の分析に当たって留意が必要。

年齢調整後の一人当たり医療費（2019年度及び2020年度はいずれも電算処理ベース）

（注）2014年度時点の年齢調整後の一人当たり医療費が高い都道府県順



対前年度増減（2020年度電算処理ベース－2019年度電算処理ベース）



出典：厚生労働省「医療費（電算処理分）の地域差分析」より作成。なお、地域差指数は、「年齢調整後の一人当たり医療費／全国平均の一人当たり医療費」。

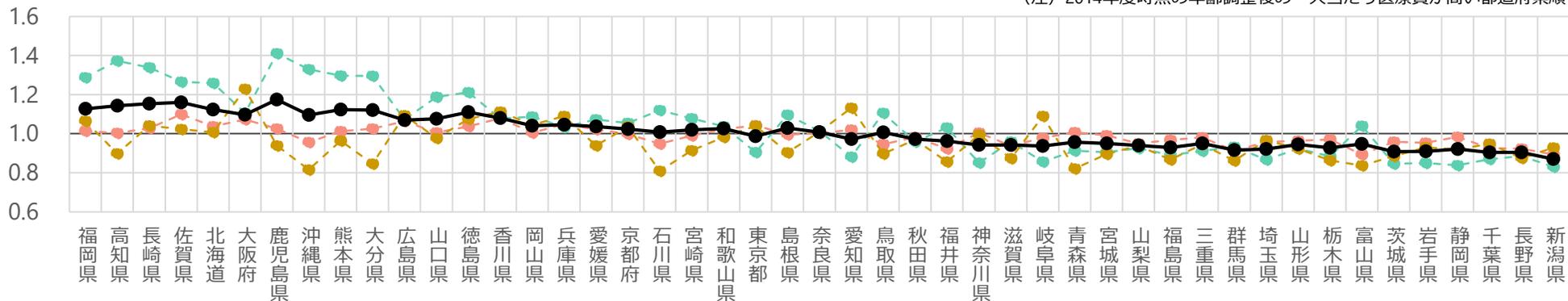
※基準となる2014年度に年齢調整後の一人当たり医療費が全国平均よりも高い都道府県（22都道府県。グラフ中赤点線枠）についての、「地域差指数－1」の平均値。

年齢調整後の一人あたり医療費の地域差 - 2020年度電算処理ベース（診療種別の分析） -

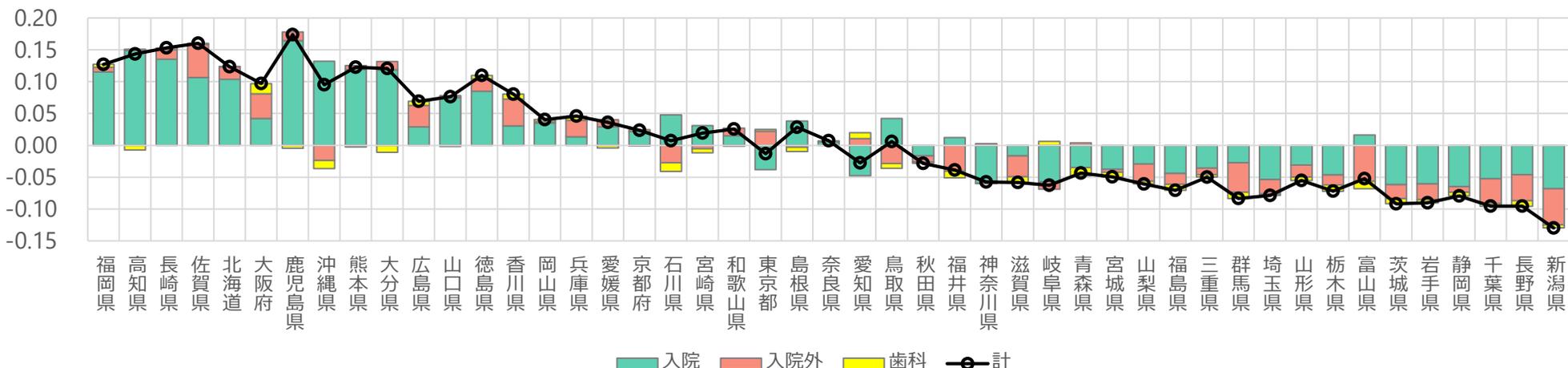
- 2020年度の地域差指数を診療種別にみると、入院の地域差が大きい。
- 従来から医療費が高い傾向にある都道府県のうち、例えば東京都や沖縄県については、新型コロナの影響等により医療費が減少したことで、2020年度の地域差指数は前年度から減少している。

地域差指数（診療種別）

（注）2014年度時点の年齢調整後の一人あたり医療費が高い都道府県順



地域差指数の診療種別寄与度*



出典：厚生労働省「医療費（電算処理分）の地域差分析」より作成。なお、地域差指数は、「年齢調整後の一人あたり医療費／全国平均の一人あたり医療費」。

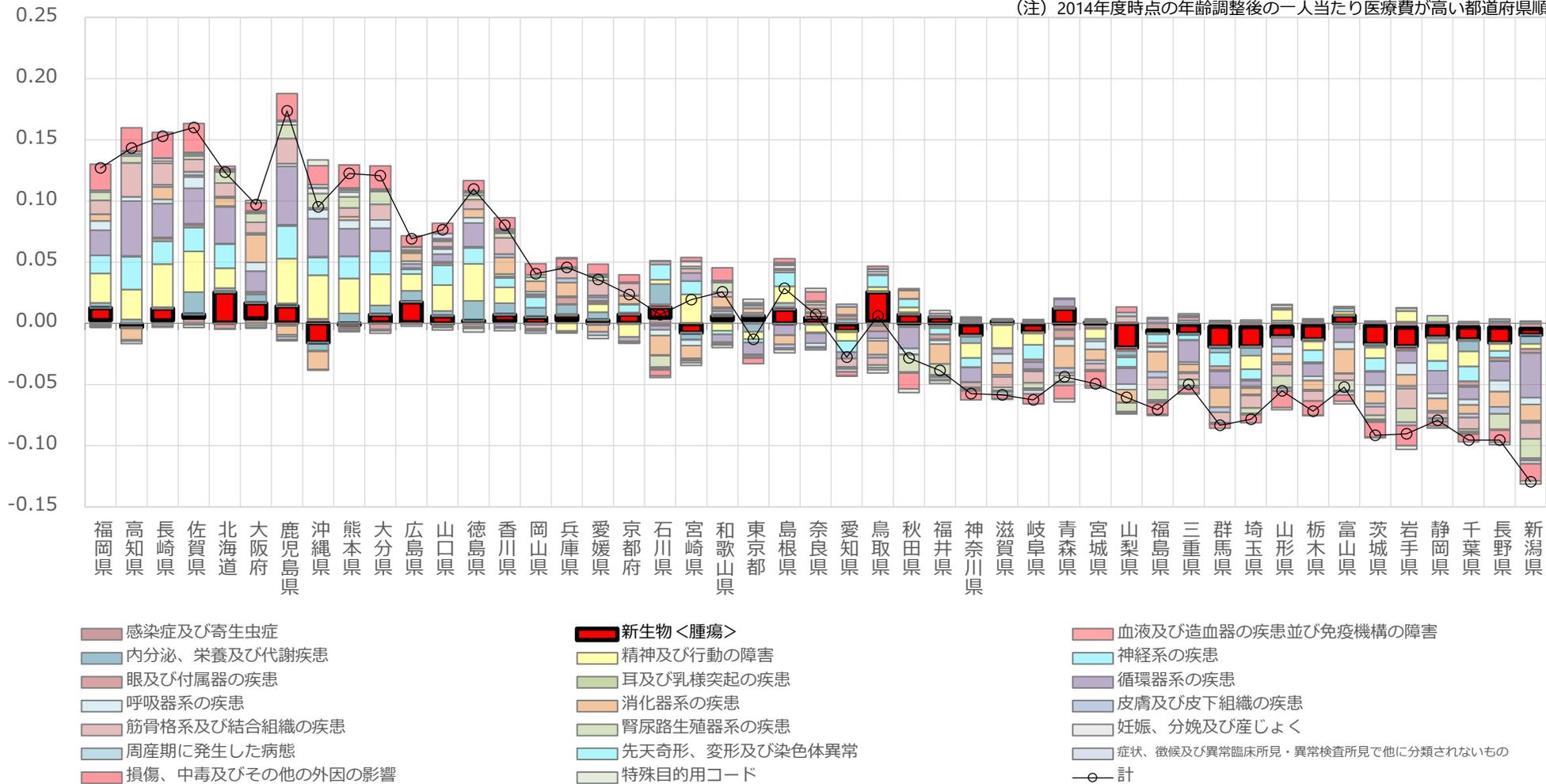
*各都道府県の地域差指数の全国平均からのかい離（地域差指数 - 1）を診療種別の寄与度に分解したもの。

年齢調整後の一人当たり医療費の地域差 - 2020年度電算処理ベース（疾病分類別の分析） -

- 2020年度の地域差指数を疾病分類別に寄与をみると、「新生物<腫瘍>」による寄与が一定程度存在。

地域差指数の疾病分類別寄与度*

(注) 2014年度時点の年齢調整後の一人当たり医療費が高い都道府県順



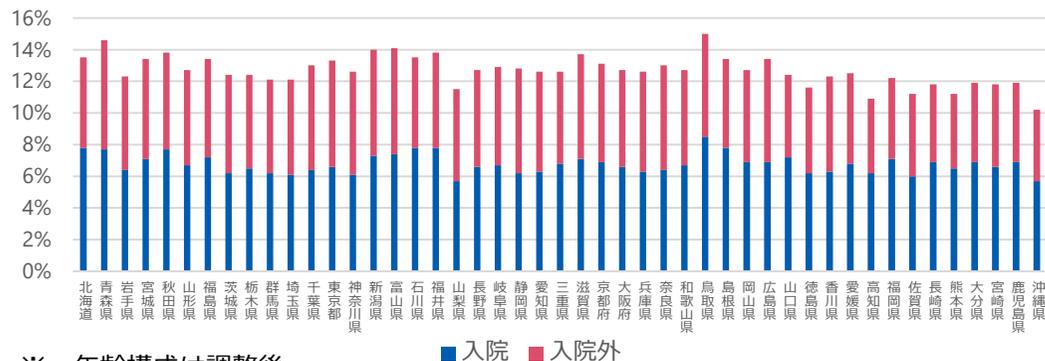
出典：厚生労働省「医療費（電算処理分）の地域差分析」より作成。なお、地域差指数は、「年齢調整後の一人当たり医療費／全国平均の一人当たり医療費」。

※各都道府県の地域差指数の全国平均からのかい離（地域差指数 - 1）を疾病分類別の寄与度に分解したもの。

2 - ②. 医療資源の効果的・効率的な活用： 医療資源の投入量に地域差がある医療 化学療法

- がんの化学療法についても、諸外国では外来での実施が基本とされている。質の高い新薬開発の恩恵等により、日本でも副作用のコントロールをしつつ、外来で治療を行うケースが増えているが、入院で化学療法を実施するケースが一定存在する。

○がんが各都道府県の医療費全体に占める割合



※ 年齢構成は調整後

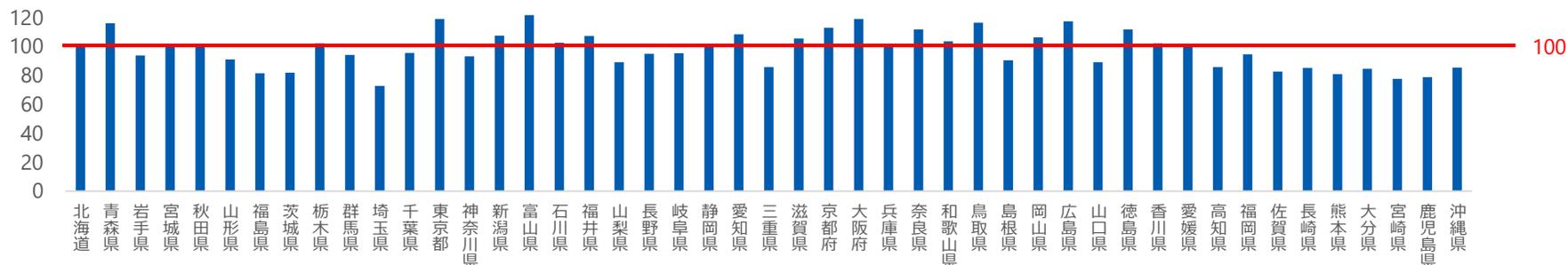
出典：令和2年度（2020年度）医療費（電算処理分）の地域差分析

○悪性新生物（腫瘍）の入院患者・外来患者数の推移



出典：患者調査（各年度）

○外来化学療法加算（※1）の算定回数の地域差（※2）



（※1）「外来化学療法加算」は、外来化学療法を適切に実施するための設備や人員を有した施設が、外来で化学療法を実施した場合に算定する診療報酬。算定するためには、がん治療に必要な外来化学療法室、緊急時に対応出来る人員の体制、適切な治療内容を設定するためのがんの化学療法を専門に行う医師等の整備が必要。

（※2）SCR（Standardized Claim data Ratio）

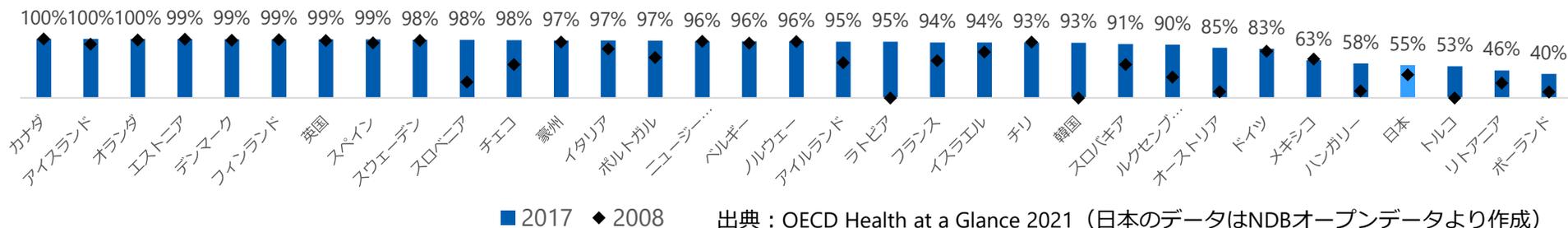
全国の性・年齢階級別レセプト出現率を対象地域の性・年齢階級別人口に当てはめた場合に期待されるレセプト件数を100とし、それと実際のレセプト件数を比較したもの。性・年齢構成の異なる地域間の比較に用いられ、SCRが100以上の場合、該当するレセプト件数が全国平均よりも多いとされる。

(参考) 2-②. 医療資源の効果的・効率的な活用： 医療資源の投入量に地域差がある医療 白内障手術

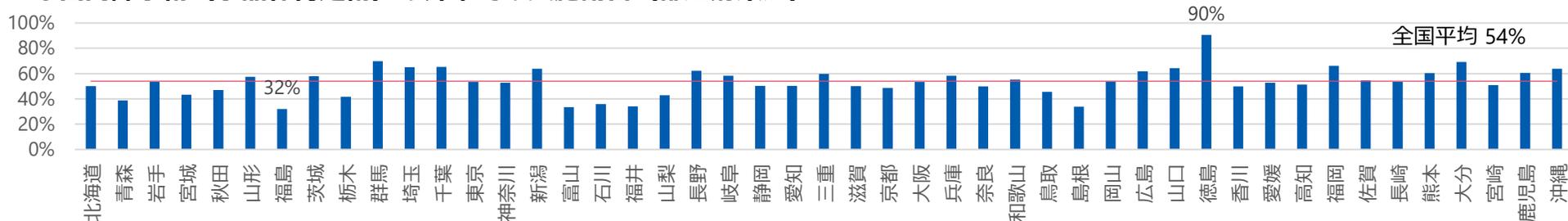
令和4年10月13日
第155回社会保障審議会医療保険部会資料
(一部改変)

- 医療資源の投入量は地域ごとに様々であり、他地域と比較して多くの資源が投入されている医療サービスについて、地域ごとに都道府県、医療関係者、保険者などが把握・検討を行い、これを踏まえて必要な適正化に向けた取組を進めることは重要。他方、医療サービスの提供は、患者の状態を踏まえた医師の判断及び患者の合意によりなされるものであり、一概に減少させればよいわけではない点には留意が必要。
- 白内障の手術については、OECDにより、多くの国で90%以上が外来で実施されている一方で、一部の国では外来での実施割合が低いことが指摘されている。外来での実施は、医療資源の節約だけでなく、在院期間の短縮によるCOVID-19に曝露されるリスクの減少など患者安全にも寄与するとされている。
- 日本での白内障手術については、外来の実施割合は54%であり、都道府県ごとに実施状況は様々である。

○白内障手術の外来実施割合（OECD加盟国及び日本）



○白内障手術（水晶体再建術）の外来での実施割合（都道府県別）



第4期医療費適正化計画（2024～2029年度）に向けた論点

1. 現行の目標について、どういった点を更に推進すべきか

- ① 後発医薬品の使用促進
- ② 重複投薬・多剤投与の適正化
- ③ 特定健診・保健指導
- ④ 入院医療費の取扱い（地域医療構想との関係）

2. 新たに取り組むべき目標はないか

- ① 複合的なニーズを有する高齢者への医療・介護の効果的・効率的な提供
- ② 医療資源の効果的・効率的な活用

3. 取組の実効性を確保するための体制をどう構築するか

- ① 保険者・医療関係者との方向性の共有・連携
- ② 都道府県の責務の明確化
- ③ 実効性確保のために都道府県がとりうる方策

経済財政運営と改革の基本方針2021（2021.6.18閣議決定） （医療費適正化関係）

第3章 感染症で顕在化した課題等を克服する経済・財政一体改革

○数字：事務局にて追記

2. 社会保障改革

（2）団塊の世代の後期高齢者入りを見据えた基盤強化・全世代型社会保障改革

- 効率的な医療提供体制の構築や一人当たり医療費の地域差半減に向けて、地域医療構想のP D C Aサイクルの強化や医療費適正化計画の在り方の見直しを行う。
- 具体的には、前者について、地域医療構想調整会議における協議を促進するため、関係行政機関に資料・データ提供等の協力を求めるなど環境整備を行うとともに、都道府県における提供体制整備の達成状況の公表や未達成の場合の都道府県の責務の明確化を行う。
- また、後者について、都道府県が策定する都道府県医療費適正化計画（以下「都道府県計画」という。）における医療に要する費用の見込み（以下「医療費の見込み」という。）については、
 - － ①定期改訂や制度別区分などの精緻化を図りつつ、
 - － ②各制度における保険料率設定の医療費見通しや財政運営の見通しとの整合性の法制的担保を行い、
 - － ③医療費の見込みを医療費が著しく上回る場合の対応の在り方など都道府県の役割や責務の明確化を行う。
- また、医療費の見込みについて、
 - － ④取組指標を踏まえた医療費を目標として代替可能であることを明確化するとともに、
 - － ⑤適正な医療を地域に広げるために適切な課題把握と取組指標の設定や、取組指標を踏まえた医療費の目標設定を行っている先進的な都道府県の優良事例についての横展開を図る。
- ⑥都道府県計画において「医療の効率的な提供の推進」に係る目標及び「病床の機能の分化及び連携の推進」を必須事項とするとともに、⑦都道府県国保運営方針においても「医療費適正化の取組に関する事項」を必須事項とすることにより、医療費適正化を推進する。
- ⑧あわせて保険者協議会を必置とするとともに、都道府県計画への関与を強化し、国による運営支援を行う。
- ⑨審査支払機関の業務運営の基本理念や目的等へ医療費適正化を明記する。
- これらの医療費適正化計画の在り方の見直し等について、2024年度から始まる第4期医療費適正化計画期間に対応する都道府県計画の策定に間に合うよう、必要な法制上の措置を講ずる。
- 国保財政を健全化する観点から、法定外繰入等の早期解消を促すとともに、普通調整交付金の配分の在り方について、引き続き地方団体等と議論を継続する。
- 中長期的課題として、都道府県のガバナンスを強化する観点から、現在広域連合による事務処理が行われている後期高齢者医療制度の在り方、生活保護受給者の国保及び後期高齢者医療制度への加入を含めた医療扶助の在り方の検討を深める

次期計画に向けたスケジュール

令和4年9月29日
第154回社会保障審議会医療保険部会資料

| | R3(2021) 年度 | R4 (2022) 年度 | R5(2023) 年度 | R6(2024) 年度 |
|--------------------------|----------------|---|---|---|
| 医療費適正化計画 (国) | | <p>医療保険部会 次期医療費適正化計画検討</p> <p>特定健診・特定保健指導見直し検討会</p> | <p>とりまとめ</p> | <p>全国医療費 適正化計画 提示 (3月頃)</p> |
| 医療費適正化計画 (都道府県) | | | <p>都道府県における 医療費適正化計画策定作業</p> | <p>4期計画 (2024~29)</p> |
| 健康増進計画 | | <p>評価委員会 健康日本21 (第二次) 最終評価</p> | <p>検討会 次期プラン検討</p> <p>次期プラン 公表</p> <p>都道府県における 健康増進計画策定作業</p> | <p>次期国民健康づくり運動プラン (2024~)</p> |
| 医療計画 | | <p>検討会・WG 次期医療計画検討</p> | <p>基本方針</p> <p>都道府県における 医療計画策定作業</p> | <p>8次医療計画 (2024~29)</p> |
| <参考> 介護保険事業 (支援)計画 | | | <p>介護保険部会 次期基本指針検討</p> <p>基本指針</p> <p>市町村・都道府県における 計画策定作業</p> | <p>9期計画 (2024~26)</p> |

①全世代型社会保障構築会議の議論の状況について

②2024年度に向けた医療・介護サービス改革

<関連する改革項目>

- 30. 地域医療構想の実現、大都市や地方での医療・介護提供に係る広域化等の地域連携の促進
 - 33. 医師の働き方改革について検討
 - 54. かかりつけ医、かかりつけ歯科医、かかりつけ薬剤師の普及
 - 34. 地域の実情を踏まえた取組の推進（医療）
 - i. 地域別の取組や成果について進捗管理・見える化を行うとともに、進捗の遅れている地域の要因を分析し、保険者機能の一層の強化を含め、さらなる対応の検討
 - 39. データヘルス改革の推進
 - v. ロボット・IoT・AI・センサーの活用
 - 60. 介護のケアプラン作成に関する給付の在り方について検討
 - 61. 介護の多床室室料に関する給付の在り方について検討
 - 62. 介護の軽度者への生活援助サービス・福祉用具貸与に関する給付の在り方等について検討
 - 63. 医療・介護における「現役並み所得」の判断基準の見直しを検討
- ③. 医療・介護を通じ他居住に係る費用負担の公平化の検討

<これまでの議論>

- ・ 第93回（5月16日）
 - ・ 第94回（5月30日）
 - ・ 第95回（7月25日）
 - ・ 第96回（8月25日）
 - ・ 第97回（9月12日）
 - ・ 第98回（9月26日）
 - ・ 第99回（10月17日）
 - ・ 第100回（10月31日）
- 地域包括ケアシステムの更なる深化・推進について
- 介護人材の確保、介護現場の生産性向上の推進について
- 地域包括ケアシステムの更なる深化・推進①（介護サービス等の基盤整備関係）
- 地域包括ケアシステムの更なる深化・推進②（高齢者等を支える相談支援や予防・健康づくりに係る地域づくり）
- 給付と負担について
その他の課題について
- 介護人材の確保、介護現場の生産性向上の推進について
- 給付と負担について

<今後の予定>

- ・ 11月上旬 地域包括ケアシステムの深化・推進について
その他の課題について

※検討テーマや時期については、今後の議論の状況に応じて適宜見直す。

39. データヘルス改革の推進

V. ロボット・IoT・AI・センサーの活用

| 進捗状況 (遅れている場合はその要因) | 今後の取組方針 |
|---|--|
| <p>39 v について</p> <p>a 2020年8月に、①介護現場と開発企業の一元的な相談窓口、②開発実証拠点であるリビングラボのネットワーク、③介護現場における実証フィールドからなるプラットフォームを構築し、2022年度時点で、<u>全国に相談窓口を17箇所、リビングラボを8箇所設置。</u></p> <p>b 2021年度に引き続き、2022年度にも<u>生産性向上に係るガイドラインの取組内容に関する全国セミナーを15回実施予定また介護ロボット導入支援事業についても継続して実施。</u></p> <p>c 令和4年度実証事業として介護ロボット等による生産性向上の取組に関する<u>効果測定事業を実施し、テクノロジーの活用によるケアの質の確保、職員の負担軽減等に関するエビデンスデータを収集・蓄積。</u></p> <p>f これまで、電子的な情報連携を可能とするため、調査研究事業の結果を踏まえて公表していた「医療機関と介護事業所間における入退院時のデータ連携」「訪問看護事業所と居宅介護事業所等のデータ連携」に係る標準仕様を、<u>通知で自治体に向けて周知。</u>今後、さらなる仕様の周知を行うとともに、介護ソフト等のベンダーの実装状況の把握を行うなど普及に向けた取組を実施予定。</p> <p>g 地域医療介護総合確保基金を活用したICT導入支援事業について、これまでの取組に引続き、2022年度においても補助割合を拡充する要件を追加するなど、介護サービス事業所等に対する<u>ICT機器等の導入支援事業を継続して実施。</u></p> | <p>39 v について</p> <p>a <u>相談窓口、リビングラボ等の取組を周知し活用の促進を図ることにより、介護現場と開発企業の相互理解を深め、新たな機器の開発等につなげる。</u></p> <p>b 介護現場の生産性向上の取組を推進するため、<u>セミナー等で具体的な取組方法について周知を図りつつ、業務改善に効果的な介護ロボットの導入支援も実施。</u></p> <p>c 令和4年度実証事業において介護現場から得られたデータについて分析、とりまとめを行い、<u>更なる介護現場の生産性向上の方策について介護給付費分科会等において検討。</u></p> <p>f 標準仕様の普及を図るため、令和4年度に実施している調査研究事業を通じて、<u>介護ソフト等のベンダーの実装状況を把握した上で、その結果を踏まえ、必要な対応について検討。</u></p> <p>g 介護現場の業務効率化や介護職員の負担軽減を進める観点からも、<u>ICTを活用した介護現場の生産性向上の取組を推進。</u></p> |

介護ロボット開発等加速化事業 (介護ロボットの開発・実証・普及のプラットフォーム)

令和4年度予算(令和3年度当初予算)

5.0億円(5.0億円)

(参考) 令和3年度補正予算: 3.9億円

- 介護現場において、テクノロジーの活用などによるサービスの質の向上や職員の負担軽減といった生産性向上の推進は喫緊の課題となっており、見守りセンサーやICT等といった生産性向上に効果的なテクノロジーの普及をより強力に進めていく。
- 具体的には、①介護現場・ロボット開発企業の双方に対する一元的な相談窓口(地域拠点)、②開発機器の実証支援を行うリビングラボのネットワーク、③介護現場における実証フィールドからなる、介護ロボットの開発・実証・普及のプラットフォームを整備する。

介護施設等

開発企業等

介護ロボットの開発・実証・普及のプラットフォーム

①相談窓口(地域拠点)【全国17カ所】

介護ロボットに関する介護施設等からの導入相談、開発企業等からの実証相談へのきめ細かな対応

②リビングラボネットワーク【全国8カ所】

－開発実証のアドバイザーボード兼先行実証フィールドの役割－

③介護現場における実証フィールド

－エビデンスデータの蓄積－

全国の介護施設の協力による大規模実証フィールド

※リビングラボとは、実際の生活空間を再現し、新しい技術やサービスの開発を行うなど、介護現場のニーズを踏まえた介護ロボットの開発を支援するための拠点

＜令和3年度補正予算の
拡充内容＞

○相談窓口の機能充実

- ・相談窓口の増設
- ・アドバイザー職員の増員

○大規模実証に係る対象施設数の
拡充等

＜感染症対策に資する非接触対応に効果的なテクノロジーの例＞

＜見守りセンサー＞

居室内の利用者の状況(ベッドから離れた場合や転倒した場合等)をセンサーで感知
→遠方から効率的な見守りが可能になる。



＜ICT(インカム)＞

遠方にいながら職員間での利用者の状況の共有が可能になる。



＜移乗支援(非装着型)＞

利用者の抱え上げをロボットが代替し、接触対応が軽減される。



(参考) 令和4年度介護ロボットの開発・実証・普及のプラットフォーム 相談窓口・リビングラボ一覧

■拠点相談一覧■ (17カ所)

| | | | |
|--|--|--|--|
| A 社会福祉法人 北海道社会福祉協議会 北海道介護ロボット普及推進センター 北海道札幌市中央区北6条西16丁目1番地5 ほくたけビル TEL:070-5608-6877 アドレス:tani15@hokutakehd.jp | B 社会福祉法人 青森県社会福祉協議会 青森県介護啓発・福祉機器普及センター 青森県青森市中央3丁目20-30 TEL:017-777-0012 アドレス:robot@aosyakyu.or.jp | C 公益財団法人 いきいき岩手支援財団 岩手県高齢者総合支援センター 岩手県盛岡市本町通3丁目19-1 岩手県福祉総合相談センター3階 TEL:019-625-7490 アドレス:ikrobo@silverz.or.jp | D 新潟県福祉機器展示室 介護ロボット相談窓口 新潟県新潟市中央区上所2-2-2 新潟ユニオンプラザ3階 TEL:025-378-5221 アドレス:aoyama@aoyama-medical.co.jp |
| E 社会福祉法人 埼玉県社会福祉協議会 介護すまいる館 埼玉県さいたま市浦和区針ヶ谷4-2-65 TEL:048-822-1195 アドレス:kaigosmile@fukushi-saitama.or.jp | F 社会福祉法人横浜市リハビリテーション事業団 横浜総合リハビリテーションセンター 介護ロボット相談窓口 神奈川県横浜市港北区鳥山町1770 TEL:045-473-0666(代) 問い合わせ先: http://www.yrc-pf.com | G 社会福祉法人 富山県社会福祉協議会 福祉カレッジ 介護実習・普及センター 富山県富山市安住町5番21号 TEL:076-403-6840 アドレス:robot@wel.pref.toyama.jp | H 国立研究開発法人国立長寿医療研究センター 健康長寿支援ロボットセンター 愛知県大府市森岡町7-430 TEL:0562-46-2311 アドレス:rehab@ncgg.go.jp |
| I ATCエイジレスセンター 介護ロボット相談窓口 大阪府大阪市住之江区南港北2-1-10 TEL:06-6615-5123 アドレス:info@ageless.gr.jp | J ひょうごKOBE介護・医療ロボット 開発・導入支援窓口 兵庫県神戸市西区曙町1070 TEL:078-925-9282 アドレス:robo-shien@assistech.hwc.or.jp | K 社会福祉法人 健祥会 徳島県介護実習・普及センター 徳島県徳島市国府町東高輪宇天満356番地1 TEL:088-642-5113 アドレス:presen@kenshokai.group | L 一般社団法人 日本福祉用具供給協会 広島県ブロック 広島県広島市安佐南区大町東1-18-44 TEL:082-877-1079 アドレス:jimukyoku@fukushiyogu-hiroshima.jp |

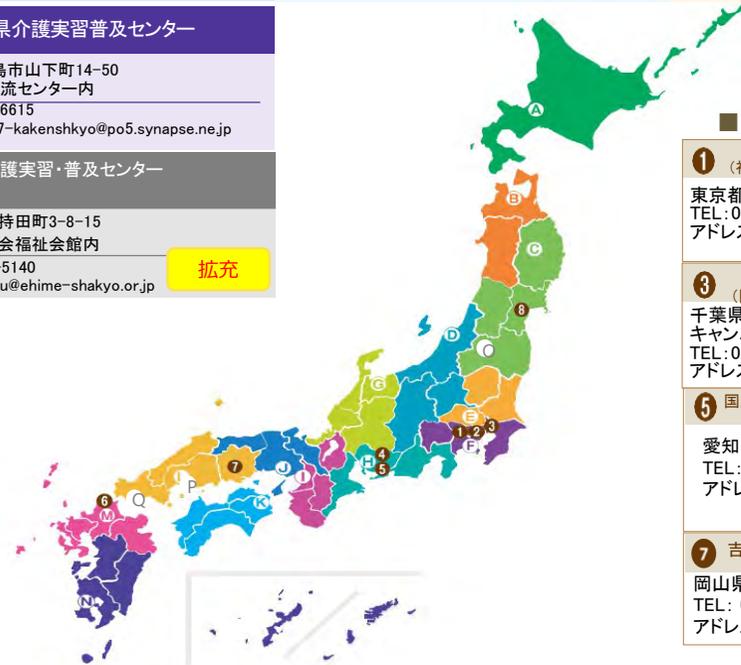
M九州介護ロボット開発・実証・普及促進センター
福岡県北九州市小倉北区馬借一丁目7-1
総合保健福祉センター1階
TEL:080-2720-2646
アドレス:krobot@aso-education.co.jp

N 鹿児島県介護実習普及センター
鹿児島県鹿児島市山下町14-50
かごしま県民交流センター内
TEL:099-221-6615
アドレス:kaigo7-kakenshkyo@po5.synapse.ne.jp

O とちぎ福祉プラザモデルルーム
福祉用具・介護ロボット相談・活用センター
運営主体 NPO法人とちぎノーマライゼーション研究会
栃木県宇都宮市若草1-10-6 とちぎ福祉プラザ1F
TEL:028-627-2940
アドレス:info@normalization.jp

P 愛媛県介護実習・普及センター
愛媛県松山市持田町3-8-15
愛媛県総合社会福祉会館内
TEL:089-921-5140
アドレス:chouju@ehime-shakyo.or.jp

Q 社会福祉法人 大分県社会福祉協議会
大分県社会福祉介護研修センター
大分県介護ロボット普及推進センター
大分県大分市明野東3-4-1
TEL:097-574-4571
アドレス:oita-kaigorobot@okk.or.jp



■リビングラボ一覧■ (8カ所)

| | |
|---|---|
| 1 Care Tech ZENKOUKAI Lab (社会福祉法人 善光会 サンタフェ総合研究所) 東京都大田区東糀谷六丁目4番17号 TEL:03-5735-8080 アドレス:sfri@zenkoukai.jp | 2 Future Care Lab in Japan (SOMPOホールディングス株式会社) 東京都品川区東品川14-13-14 グラスキューブ品川10階 TEL:03-5781-5430 問い合わせ先: https://futurecarelab.com/ |
| 3 柏リビングラボ (国立研究開発法人 産業技術総合研究所) 千葉県柏市柏の葉6-2-3 東京大学柏II キャンパス内 社会イノベーション棟 TEL:029-861-3427 アドレス:M-living-lab-ml@aist.go.jp | 4 藤田医科大学 ロボティクススマートホーム・ 活動支援機器研究実証センター 愛知県豊明市沓掛町田楽ケ窪1番地98 藤田医科大学病院内 TEL:0562-93-9720 アドレス:cent-rsh@fujita-hu.ac.jp |
| 5 国立研究開発法人国立長寿医療研究センター 健康長寿支援ロボットセンター 愛知県大府市森岡町7-430 TEL:0562-46-2311 アドレス:carri@ncgg.go.jp | 6 スマートライフケア共創工房 (国立大学法人 九州工業大学) 福岡県北九州市若松区ひびきの2-5 情報技術高度化センター TEL:093-603-7738 アドレス:slc3lab-technical-support@brain.kyutech.ac.jp |
| 7 吉備高原医療リハビリテーションセンター 岡山県加賀郡吉備中央町吉川7511 TEL:0866-56-7141 アドレス:syomu@kibiriah.johas.go.jp | 8 青葉山リビングラボ (国立大学法人 東北大学) 宮城県仙台市青葉区荒巻字青葉6-6 アドレス:living-lab@srd.mech.tohoku.ac.jp |

地域医療介護総合確保基金を利用した介護ロボットの導入支援

令和4年度予算：地域医療介護総合確保基金（介護従事者確保分）137.4億円の内数

- 目的…介護ロボットを活用した介護事業所の生産性向上の取組を通じて、ケアの質の維持・向上や職員の負担軽減等を図る。
- 実施主体…都道府県

補助対象

- 介護ロボット
 - …移乗支援、移動支援、排泄支援、見守り、入浴支援など、厚生労働省・経済産業省で定める「ロボット技術の介護利用における重点分野」に該当する介護ロボット
- 見守りセンサーの導入に伴う通信環境整備
 - …Wi-Fi環境の整備、インカム、見守りセンサー等の情報を介護記録にシステム連動させる情報連携のネットワーク構築経費 等

補助内容

※令和2年度(当初予算)以降の拡充分(下線部以外)は令和5年度までの実施

● 補助額

| | | |
|----------------------------------|--------------------------|---------|
| 介護ロボット (1機器あたり) | ・移乗支援(装着型・非装着型) ・入浴支援 | 上限100万円 |
| | ・上記以外 | 上限30万円 |
| 見守りセンサーの導入に伴う通信環境整備 (1事業所あたり) | | 上限750万円 |

● 補助上限台数

…必要台数(制限の撤廃)

● 補助率

…都道府県の裁量により設定
(一定の要件を満たす場合は3/4を下限、それ以外の事業所は1/2を下限)

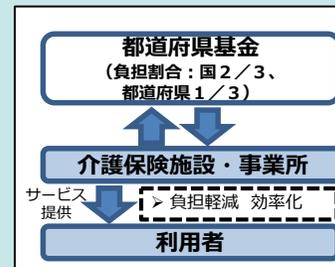
〈一定の要件〉…以下の要件を満たすこと

- 導入計画書において目標とする人員配置を明確にした上で、見守りセンサーやインカム、介護記録ソフト等の複数の機器を導入し、職員の負担軽減等を図りつつ、人員体制を効率化させる場合

■ 対象となる介護ロボット（例）



■ 事業の流れ



■ 実績（参考）

- 実施都道府県数：45都道府県（令和3年度）
- 都道府県が認めた介護施設等の導入計画件数

| H27 | H28 | H29 | H30 | R1 | R2 | R3 |
|-----|-----|-----|-------|-------|-------|-------|
| 58 | 364 | 505 | 1,153 | 1,813 | 2,353 | 2,596 |

(注) 令和3年度の数値は原則R3.11月末時点の暫定値
※1施設で複数の導入計画を作成することがあり得る

地域医療介護総合確保基金を利用したICT導入支援事業

令和4年度予算：地域医療介護総合確保基金（介護従事者確保分）137.4億円の内数

- 目的…ICTを活用した介護サービス事業所の業務効率化を通じて、職員の負担軽減を図る。
- 実施主体…都道府県

補助対象

※令和2年度(当初予算)以降の拡充分(下線部以外)は令和5年度までの実施

- 介護ソフト…記録、情報共有、請求業務で転記が不要であるもの、ケアプラン連携標準仕様、を実装しているもの（標準仕様の対象サービス種別の場合。各仕様への対応に伴うアップデートも含む）
- 情報端末…タブレット端末、スマートフォン端末、インカム等
- 通信環境機器等…Wi-Fiルーター等
- その他…運用経費（クラウド利用料、サポート費、研修費、他事業所からの照会対応経費、バックオフィスソフト（勤怠管理、シフト管理等）等）

補助要件

- LIFEによる情報収集・フィードバックに協力
- 他事業所からの照会に対応
- 導入計画の作成、導入効果報告（2年間）
- IPAが実施する「SECURITY ACTION」の「★一つ星」または「★★二つ星」のいずれかを宣言 等

補助上限額等

事業所規模（職員数）に応じて設定

- 1～10人 100万円
- 11～20人 160万円
- 21～30人 200万円
- 31人～ 260万円

補助割合

- 一定の要件を満たす場合は、3/4を下限に都道府県の裁量により設定
- それ以外の場合は、1/2を下限に都道府県の裁量により設定



- **文書量半減を実現**できるICT導入計画の作成(R4年度拡充)

介護ソフト・タブレット等の購入費用の補助(R1年度～)



- 事業所間でケアプランのデータ連携を実施
- LIFEのCSV連携仕様を活用しデータ登録
- **ケアプランデータ連携システム**の利用(R4年度拡充)

補助割合が3/4となる要件…以下のいずれかを満たすこと

- 事業所間でケアプランのデータ連携で負担軽減を実現
- LIFEの「CSV連携仕様」を実装した介護ソフトで実際にデータ登録を実施等
- ICT導入計画で文書量を半減(R4年度拡充)
- ケアプランデータ連携システムの利用(R4年度拡充)

※ケアプランデータ連携システム…令和2年度第三次補正予算により国保中央会に構築中

介護ロボット等による生産性向上の取組に関する効果測定事業 (令和4年度実証事業)

目的

介護現場において、テクノロジーの活用やいわゆる介護助手の活用等による生産性向上の取組を推進するため、介護施設における効果実証を実施するとともに実証から得られたデータの分析を行い、次期介護報酬改定の検討に資するエビデンスの収集等を行うことを目的とする。

実証テーマ① 見守り機器等を活用した夜間見守り

令和3年度介護報酬改定（夜間の人員配置基準緩和等）を踏まえ、特養（従来型）以外のサービスも含め、夜間業務における見守り機器等の導入による効果を実証。

実証テーマ② 介護ロボットの活用

施設の課題や状況等に応じた適切な介護ロボットの導入とそれに伴う業務オペレーションの見直しによる効果を実証。

実証テーマ③ 介護助手の活用

身体的介護以外の業務や介護専門職のサポート等の比較的簡単な作業を行う、いわゆる介護助手を活用することによる効果を実証。

実証テーマ④ 介護事業者等からの提案手法

生産性向上の取組に意欲的な介護事業者等から、取組の目標や具体的な取組内容等に関する提案を受け付け、提案を踏まえた実証を実施。

想定する調査項目 ※具体的な調査項目、調査手法（実証施設数含む）については、事業内に設置する有識者で構成する実証委員会にて検討

- 介護職員の業務内容・割合がどのように変化したか
- ケアの質が適切に確保されているかどうか（利用者のADL、認知機能、意欲等に関する評価、ケア記録内容 等）
- 介護職員の働き方や職場環境がどう改善したのか（職員の勤務・休憩時間、心理的不安、意欲の変化 等） 等

実施スケジュール

- | | |
|--------|--|
| 4月～6月 | 実証施設選定（テーマ①～③）、提案募集・選定（テーマ④）、実証計画（調査項目・手法等）の策定 |
| 6月・7月 | 事前調査 |
| 10月 | 事後調査（1回目） |
| 12月 | 事後調査（2回目） |
| 12月～3月 | データ分析、実証結果のとりまとめ |

訪問看護計画等標準仕様について

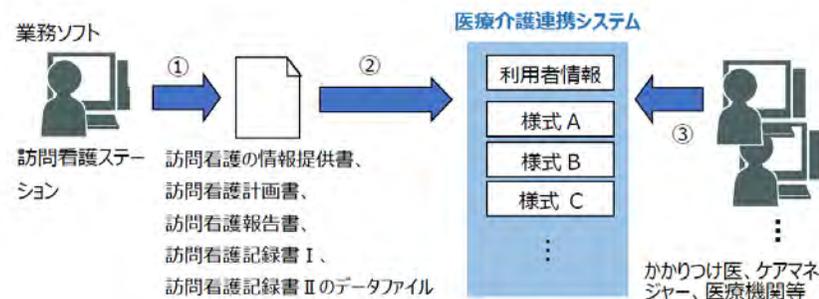
- 訪問看護計画等について、日々のサービス提供内容について厚生労働省が様式例を示している。
- これらの様式による訪問看護ステーション、かかりつけ医、ケアマネジャーの情報連携について、電子的に行うことができる標準的なデータ項目の詳細について記載

<イメージ図>

別紙様式1 訪問看護計画書

| | | | | | |
|-----------------|----------|----------------|---|---|------|
| 利用者氏名 | 生年月日 | 年 | 月 | 日 | ()歳 |
| 要介護認定の状況 | 要支援(1 2) | 要介護(1 2 3 4 5) | | | |
| 住所 | | | | | |
| 看護・リハビリテーションの目標 | | | | | |
| 年月日 | 問題点・解決策 | 評価 | | | |

| 項目種別 | 分類 | 項目番号 | 項目名 | ○：必須 ◇：任意 | 備考 | コード化 | 桁数 | コード値 | 連携種 | |
|-------|---------------------------------|-------------------------|---------------------------------|-------------------------|-----------------|------|----|------|-----|--|
| 基本項目 | 共通ヘッダ | 1 | サービス提供日 | ○ | 曜記(標準サービス提供予定日) | | 14 | | | |
| | | 2 | サービス提供時間 | ○ | 標準サービス提供時間 | | 10 | | | |
| | | 3 | 訪問看護士氏名 | ○ | 標準サービス提供時間 | | 10 | | | |
| | | 4 | 訪問看護士職名 | ○ | 標準サービス提供時間 | | 10 | | | |
| | | 5 | 訪問看護士所属 | ○ | 標準サービス提供時間 | | 10 | | | |
| | | 6 | 訪問看護士住所 | ○ | 標準サービス提供時間 | | 10 | | | |
| | | 7 | 訪問看護士性別 | ○ | 標準サービス提供時間 | | 10 | | | |
| | | 8 | 訪問看護士年齢 | ○ | 標準サービス提供時間 | | 10 | | | |
| | | 9 | 訪問看護士電話番号 | ○ | 標準サービス提供時間 | | 10 | | | |
| | | 10 | 訪問看護士メールアドレス | ○ | 標準サービス提供時間 | | 10 | | | |
| | | 11 | 訪問看護士住所 | ○ | 標準サービス提供時間 | | 10 | | | |
| | | 12 | 訪問看護士住所 | ○ | 標準サービス提供時間 | | 10 | | | |
| | | 13 | 訪問看護士住所 | ○ | 標準サービス提供時間 | | 10 | | | |
| | | 14 | 訪問看護士住所 | ○ | 標準サービス提供時間 | | 10 | | | |
| | | 15 | 訪問看護士住所 | ○ | 標準サービス提供時間 | | 10 | | | |
| | | 16 | 訪問看護士住所 | ○ | 標準サービス提供時間 | | 10 | | | |
| | | 17 | 訪問看護士性別 | ○ | 標準サービス提供時間 | | 10 | | | |
| | | 18 | 訪問看護士年齢 | ○ | 標準サービス提供時間 | | 10 | | | |
| | | 19 | 訪問看護士電話番号 | ○ | 標準サービス提供時間 | | 10 | | | |
| | | 20 | 訪問看護士メールアドレス | ○ | 標準サービス提供時間 | | 10 | | | |
| | | 21 | 訪問看護士住所 | ○ | 標準サービス提供時間 | | 10 | | | |
| その他項目 | 拡張ヘッダ | 533 | 訪問看護士への入力(2日毎) | なし、あり | ○ | 1 | 0 | なし | | |
| | | 534 | 医師の | でも、何かのきっかけで、でも、 | ○ | 1 | 1 | なし | | |
| | | 535 | 参考 | 介助なし、一部介助、全介助 | ○ | 1 | 1 | 介助なし | | |
| | | 536 | 口唇ケア | 介助なし、介助あり | ○ | 1 | 1 | 介助なし | | |
| | | 537 | 食事回数 | 介助なし、一部介助、全介助 | ○ | 1 | 1 | 介助なし | | |
| | | 538 | 口腔の観察 | 介助なし、一部介助、全介助 | ○ | 1 | 1 | 介助なし | | |
| | | 539 | 診察(看護上の指示が正しい) | 正しい、誤り | ○ | 1 | 1 | 正しい | | |
| | | 540 | 治療計画 | 正しい、誤り | ○ | 1 | 1 | 正しい | | |
| | | 541 | 「訪問看護計画(標準仕様)」計画書への別添(看護計画書の作成) | 自由記述(訪問看護計画書で標準仕様記載の除外) | | | | 1000 | | |
| | | 542 | 「訪問看護計画(標準仕様)」計画書への別添(看護計画書の作成) | 自由記述(訪問看護計画書で標準仕様記載の除外) | | | | 1000 | | |
| 543 | 「訪問看護計画(標準仕様)」計画書への別添(看護計画書の作成) | 自由記述(訪問看護計画書で標準仕様記載の除外) | | | | 1000 | | | | |



今後、多職種が情報共有する医療介護連携システムでの活用を期待

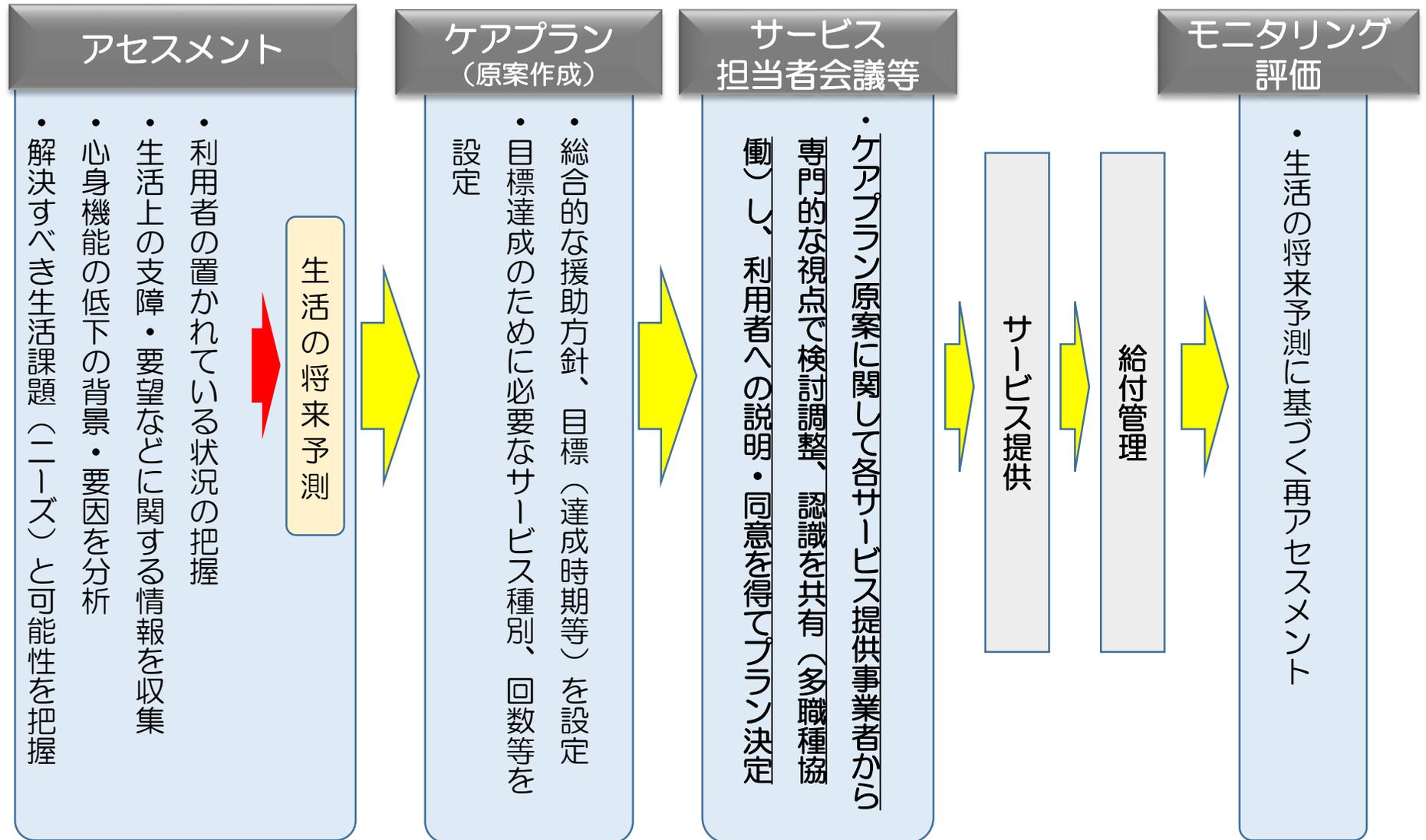
【連携されるデータ】

- 基本情報・・・保険者番号、利用者被保険者番号、要介護度等
- 訪問看護計画書・・・看護の目標、解決策、評価等
- 訪問看護報告書・・・保険種類、職種、訪問看護指示書、訪問日等
- 訪問看護記録書 I・・・看護師氏名、訪問職種、訪問年月日、開始時間、終了時間、傷病名、現病歴、既往歴、生活歴、ADL等
- 訪問看護記録書 II・・・看護師氏名、訪問職種、訪問年月日、開始時間、終了時間、心身機能、実施した看護等
- 訪問看護の情報提供書・・・主治医氏名、医療機関名、ADL、看護の内容、看護上の問題点等

60. 介護のケアプラン作成に関する給付の在り方について検討

| 進捗状況 (遅れている場合はその要因) | 今後の取組方針 |
|--|--|
| <p>60について 介護保険部会における2019年12月の取りまとめにおいて、「<u>ケアマネジメントに関する給付の在り方については、利用者やケアマネジメントに与える影響を踏まえながら、自立支援に資する質の高いケアマネジメントの実現や他のサービスとの均衡等幅広い観点から引き続き検討を行うことが適当である。</u>」とされた。</p> | <p>60について 左記を踏まえ、<u>2024年度から始まる第9期介護保険事業計画期間に向けて、介護保険部会において、</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ・制度創設時に10割給付とされた趣旨及び現在のケアマネジメントの定着状況 ・導入することにより利用控えが生じうる等の利用者への影響や、セルフケアプランの増加等によるケアマネジメントの質への影響 ・利用者負担を求めている他の介護保険サービスや、施設サービス利用者等との均衡 ・ケアマネジャーに期待される役割と、その役割を果たすための処遇改善や事務負担軽減等の環境整備の必要性 <p>等の観点から<u>本年末の取りまとめに向け、検討。</u></p> |

ケアマネジメントの流れ



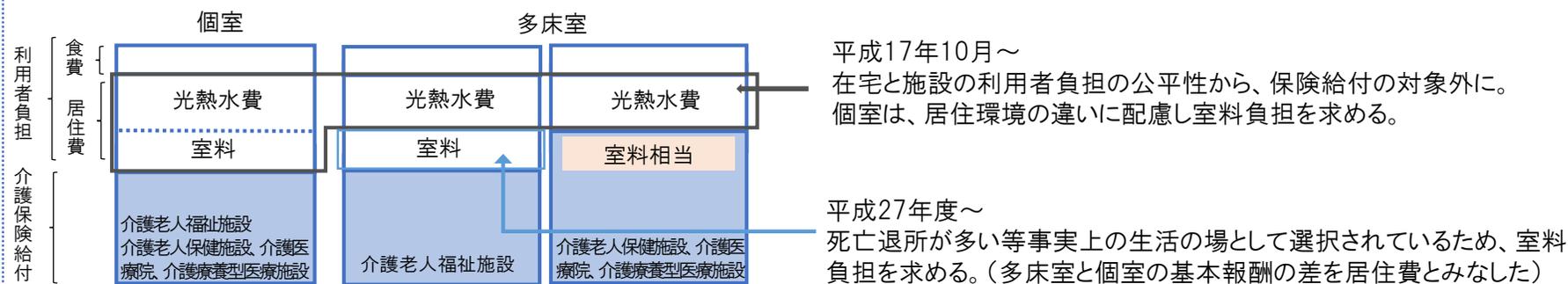
61. 介護の多床室室料に関する給付の在り方について検討

| 進捗状況 (遅れている場合はその要因) | 今後の取組方針 |
|--|---|
| <p>61について</p> <p>介護保険部会における2019年12月の取りまとめにおいて、介護老人保健施設、介護医療院、介護療養型医療施設の多床室の室料を保険給付の対象外とすることに慎重な立場・積極的な立場の両論が併記された上で、「<u>介護老人保健施設、介護医療院、介護療養型医療施設の機能や医療保険制度との関係も踏まえつつ、負担の公平性の関係から引き続き検討を行うことが適当である。</u>」とされた。</p> | <p>61について</p> <p>左記を踏まえ、<u>2024年度から始まる第9期介護保険事業計画期間に向けて、介護保険部会において、</u></p> <ul style="list-style-type: none">・在宅でサービスを受ける者との負担の公平性・介護老人福祉施設の多床室の室料の利用者負担導入に当たっては、死亡退所が多い等事実上の生活の場として選択されていることを考慮した経緯・介護老人保健施設は在宅復帰を目的とした療養支援を行う場、介護医療院は長期療養を必要とする者に対する医療を提供する場であるといった各施設が有する機能の違い・各施設の利用者の入所目的や在所日数、退所先等の実態 <p>等の幅広い観点から本年末の取りまとめに向け、<u>検討。</u></p> |

多床室の室料負担の経緯と現状

- 介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護療養型医療施設等における居住費については、平成17年10月より、**在宅と施設の利用者負担の公平性の観点**から、保険給付の対象外とし、居住環境の違いに応じ、個室は光熱水費及び室料、多床室は光熱水費を負担することとされた。
 その際、低所得者については、負担軽減を図る観点から、所得段階等に応じた負担限度額を設定し、限度額を超えた分については、補足給付として特定入所者介護サービス費を支給することとした。
- また、平成27年度からは介護老人福祉施設について、死亡退所も多い等**事実上の生活の場として選択されていること**から、一定程度の所得を有する在宅で生活する者との負担の均衡を図るため、一定の所得を有する入所者から、居住費（室料）の負担を求めることとした。（利用者負担第1～3段階の者については、補足給付により利用者負担を増加させないこととした。）

居住費負担に関する経緯



介護保険施設の概要

| | 介護老人福祉施設 | 介護老人保健施設 | 介護医療院 | 介護療養型医療施設(令和5年度末まで) |
|---------------|-------------------|--|--|--|
| 概要 | 生活施設 | リハビリ等を提供し、在宅復帰を旨指し在宅療養支援を行う施設 | 要介護者の長期療養・生活施設 | 長期療養を必要とする者に対し、医学的管理の下における介護、必要な医療等を提供する施設 |
| 設置根拠 | 老人福祉法 (老人福祉施設) | 介護保険法 (介護老人保健施設) | 介護保険法 (介護医療院) | 介護保険法 (介護療養型医療施設) 医療法(病院・診療所) |
| 面積 (1人当たり) | 10.65㎡以上 | 8.0㎡以上 <small>介護療養型は大規模改修まで6.4㎡以上で可</small> | 8.0㎡以上 <small>大規模改修まで6.4㎡以上で可</small> | 6.4㎡以上 |

62. 介護の軽度者への生活援助サービス・福祉用具貸与に関する給付の在り方等について検討

| 進捗状況 (遅れている場合はその要因) | 今後の取組方針 |
|--|---|
| <p>62について</p> <p>a 介護保険部会における2019年12月の取りまとめにおいて、<u>「軽度者の生活援助サービス等に関する給付の在り方については、総合事業の実施状況や介護保険の運営主体である市町村の意向、利用者への影響等を踏まえながら、引き続き検討を行うことが適当である。」</u>とされた。</p> <p>b 介護予防・日常生活支援総合事業の上限制度が適切に運用されるよう、2022年度の交付申請について上限を超過する場合の判断事由を具体化する等、ガイドラインの見直しを実施。</p> <p>c 福祉用具貸与サービスの利用・提供実態を把握する調査研究事業の結果等を踏まえ、2022年2月より<u>介護保険制度における福祉用具貸与・販売種目のあり方検討会を開催し、9月にこれまでの議論の整理をとりまとめ。</u></p> | <p>62について</p> <p>a <u>左記を踏まえ、2024年度から始まる第9期介護保険事業計画期間に向けて、介護保険部会において、</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ・総合事業の実施状況や介護保険の運営主体である市町村の意向 ・認知症の者も多い要介護1・2の者について、その要介護状態に応じて必要となるサービスの質や内容 ・今後の介護サービス需要の大幅な増加や、訪問介護サービスで特に顕著である人材不足の状況を踏まえた見直しの必要性 <p><u>等の幅広い観点から本年末の取りまとめに向け、検討。</u></p> <p>b 2022年度の自治体からの個別協議の申請状況等を踏まえ、<u>更なる見直しに向けて必要な対応を検討。</u></p> <p>c 9月のとりまとめにおいては、福祉用具の貸与から販売への移行について、給付の適正化や本人の自己決定の尊重の観点から積極的な検討を求める意見があった一方、高齢者の状態の変化を考慮すると、借り換えが可能な貸与を原則とすることが望ましい等の慎重な検討を求める意見もあったこととされた。これを踏まえ、<u>介護給付費分科会等において検討。</u></p> |

地域支援事業の概要

令和4年度予算額 公費3,856億円、国費1,928億円

○ 地域包括ケアシステムの実現に向けて、高齢者の社会参加・介護予防に向けた取組、配食・見守り等の生活支援体制の整備、在宅生活を支える医療と介護の連携及び認知症の方への支援の仕組み等を一体的に推進しながら、高齢者を地域で支えていく体制を構築するため、市町村において「地域支援事業」を実施。

○地域支援事業の事業内容 ※金額は積算上の公費（括弧書きは国費）

(1) 介護予防・日常生活支援総合事業 1,935億円（967億円）

- ① 介護予防・生活支援サービス事業
 - ア 訪問型サービス
 - イ 通所型サービス
 - ウ その他の生活支援サービス（配食、見守り等）
 - エ 介護予防ケアマネジメント

- ② 一般介護予防事業
 - ア 介護予防把握事業
 - イ 介護予防普及啓発事業
 - ウ 地域介護予防活動支援事業
 - エ 一般介護予防事業評価事業
 - オ 地域リハビリテーション活動支援事業

(2) 包括的支援事業・任意事業 1,921億円（960億円）

- ① 包括的支援事業 うちイ、社会保障充実分 534億円（267億円）
 - ア 地域包括支援センターの運営
 - i) 介護予防ケアマネジメント業務
 - ii) 総合相談支援業務
 - iii) 権利擁護業務（虐待の防止、虐待の早期発見等）
 - iv) 包括的・継続的マネジメント支援業務
※支援困難事例に関するケアマネジャーへの助言、地域のケアマネジャーのネットワークづくり 等
 - イ 社会保障の充実
 - i) 認知症施策の推進
 - ii) 在宅医療・介護連携の推進
 - iii) 地域ケア会議の実施
 - iv) 生活支援コーディネーター等の配置

- ② 任意事業
 - ・ 介護給付等費用適正化事業、家族介護支援事業 等

○地域支援事業の事業費

市町村は、政令で定める事業費の上限の範囲内で、介護保険事業計画において地域支援事業の内容、事業費を定めることとされている。

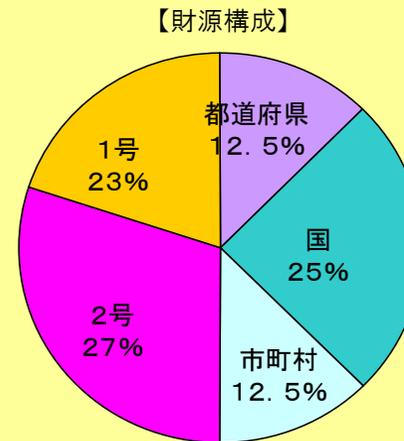
【事業費の上限】

- ① 介護予防・日常生活支援総合事業
 - 事業移行前年度実績に市町村の75歳以上高齢者の伸びを乗じた額
- ② 包括的支援事業・任意事業
 - 「26年度の介護給付費の2%」×「高齢者数の伸び率」

○地域支援事業の財源構成

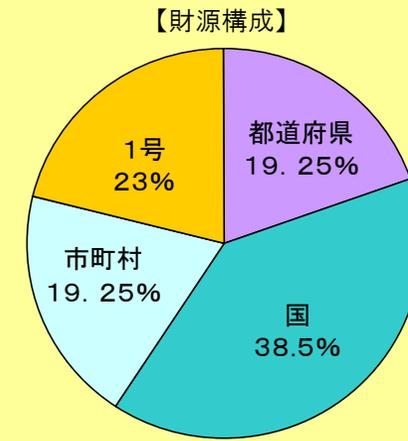
（財源構成の割合は第7期以降の割合）

介護予防・日常生活支援総合事業



○ 費用負担割合は、居宅給付費の財源構成と同じ。

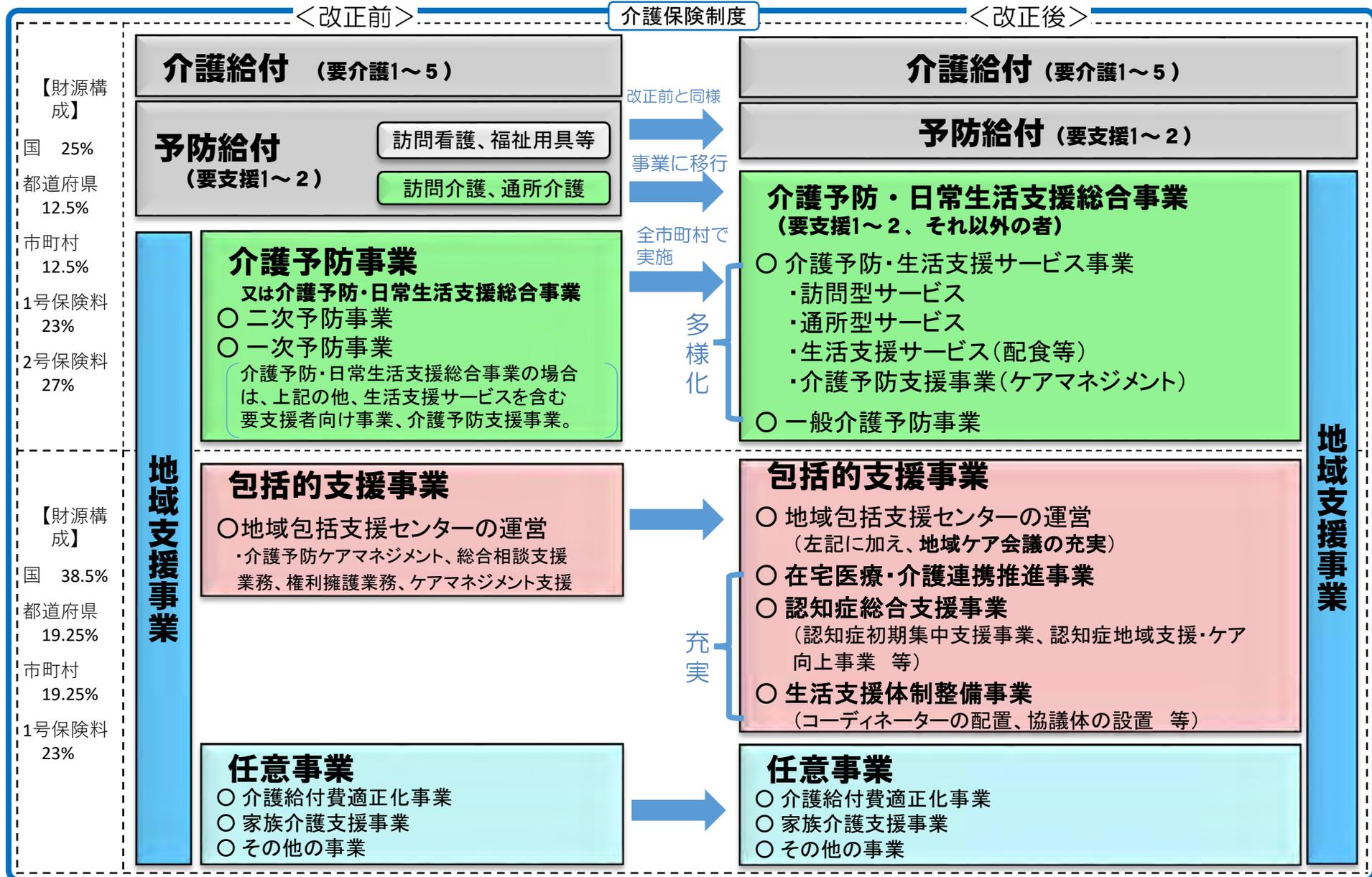
包括的支援事業・任意事業



○ 費用負担割合は、第2号は負担せず、その分を公費で賄う。

（国：都道府県：市町村＝2：1：1）

新しい地域支援事業の全体像(平成26年改正前後)



地域支援事業

地域支援事業(介護予防・日常生活支援総合事業)の上限制度の運用等の見直し

- 地域支援事業における介護予防・日常生活支援総合事業(総合事業)は、
 - ・事業費の上限は、事業移行前年度実績に市町村の75歳以上高齢者の伸びを乗じた額とされ(政令)、
 - ・特別な事情がある場合は、例外的な個別判断により、上限を超えた交付金の措置が認められている(政令・ガイドライン)。
- 総合事業は、効果的なサービス提供を通じて費用の伸びを75歳以上高齢者の伸び率程度に抑えることで、制度の持続可能性を確保しながら地域のニーズに合ったサービス提供を目的とする制度であり、上限の超過は例外的な取り扱いであることを踏まえ、改革工程表2020に基づき、上限制度の運用の在り方について見直しを行う。

(参考)新経済・財政再生計画改革工程表2020(令和2年12月18日経済財政諮問会議決定)
64. b. 地域支援事業の介護予防・日常生活支援総合事業の上限制度の運用の在り方について、速やかに必要な対応を検討。

事前協議に係る令和3年度の対応・4年度の対応

| 令和2年度まで | 令和3年度 | 令和4年度 |
|--|---|---|
| <p>【例】</p> <p>例示とする取扱いをやめる</p> <ul style="list-style-type: none"> 介護予防に効果的なプログラムを新たに導入する場合・介護予防や生活支援サービスの供給体制が近隣市町村と比較して著しく不足している場合・小規模市町村で通いの場等の新たな基盤整備を通じて当該年度だけ費用の伸びが増加する場合など、費用の伸びが一時的に高くなるが、住民主体の取組等が確実に促進され費用の伸びが低減していく見込みである場合 前年度の個別判断で上限を引き上げており、その影響が当該年度以降も継続すると見込まれる場合 <p>削除した上で、やむを得ない事情として二点追加</p> | <p>【判断事由】</p> <p>具体化</p> <ul style="list-style-type: none"> 75歳以上人口が減少しており、即時的に事業費の上限に合わせる事が困難である場合 事業移行前年度実績に市町村の75歳以上高齢者の伸びを乗じた額から控除することとされている「介護予防支援(給付)」の費用額の変動率(H30~R3)が、75歳以上人口変動率(H30~R2)よりも大きい場合、仮にその差分に相当する介護予防支援(給付)の費用額が算定式から控除されていなければ、個別協議が不要である場合 | <ul style="list-style-type: none"> 前年度以降で総合事業の多様なサービス又は一般介護予防事業のプログラムを新たに導入し、費用の伸びが一時的に高くなるが、事業の再構築、産官学の取組の推進により費用の伸びが低減していく見込みである場合 前々年度以前に総合事業の多様なサービス又は一般介護予防事業のプログラムを導入し、費用の伸びが一時的に高くなったが、平成30年度(又はサービス・プログラム導入年度)の事業費に対して前年度の事業費が減少しており、今後も事業の再構築、産官学の取組の推進により費用の伸びが低減していく見込みである場合 人口一万人未満の市町村において、総合事業の多様なサービスの担い手が一時的に不足(引き続き存置) 離島等の市町村で、65歳以上高齢者一人当たり事業費額が、全保険者の平均(1万円)未満である場合 介護職員等ベースアップ等支援加算創設により個別協議が必要である場合 <p>やむを得ない事情として二点追加</p> |

○ 令和4年度は、個別協議の申請を検討している一部の自治体等を対象とした個別の相談に対応していく(地域づくり加速化事業の活用も促す)。

令和5年度以降の対応方針

○ 令和4年度の申請状況等を踏まえ、更なる見直しを行っていく。

介護保険制度における福祉用具貸与・販売種目のあり方検討会

介護保険制度における福祉用具の貸与・販売種目のあり方や福祉用具貸与・販売に関する諸課題等について、現行制度の貸与の原則や福祉用具の適時・適切な利用、利用者の安全性の確保、保険給付の適正化等の観点を踏まえた検討を行う。

※令和4年9月に、検討の方向性等が記されたこれまでの議論の整理をとりまとめた。

【検討事項】

- ①福祉用具貸与・特定福祉用具販売の現状と課題を踏まえたあり方の検討 ②福祉用具貸与・特定福祉用具販売に係る適正化の方策
③福祉用具貸与・販売に関する安全な利用の促進、サービスの質の向上等への対応 等

【開催スケジュール】

| 開催時期 | 開催回 | 概要 | 開催時期 | 開催回 | 概要 |
|-----------|--------|---------------------------|-----------|--------|-----------------------------|
| 令和4年2月17日 | 第1回検討会 | 福祉用具の現状と課題に関する意見交換 | 令和4年5月26日 | 第4回検討会 | 検討内容に関する具体的な課題・論点に関する議論 ②、③ |
| 令和4年3月31日 | 第2回検討会 | 検討内容に関する具体的な課題・論点に関する議論 ① | 令和4年7月27日 | 第5回検討会 | これまでの議論の整理 |
| 令和4年4月21日 | 第3回検討会 | 検討内容に関する具体的な課題・論点に関する議論 ① | 令和4年9月5日 | 第6回検討会 | これまでの議論の整理 |

【構成員】（順不同・敬称略）

| 名前 | 所属 | 名前 | 所属 |
|--------|--------------------------|--------|--|
| 安藤 道人 | 立教大学経済学部 准教授 | 七種 秀樹 | 一般社団法人 日本介護支援専門員協会 副会長 |
| 石田 光広 | 稲城市 副市長 | 田河 慶太 | 健康保険組合連合会 理事 |
| 岩元 文雄 | 一般社団法人 全国福祉用具専門相談員協会 理事長 | 田中 紘太 | 株式会社マロー・サウンズ・カンパニー 代表取締役 |
| 江澤 和彦 | 公益社団法人 日本医師会 常任理事 | 野口 晴子 | 早稲田大学政治経済学学術院 教授 |
| 岡田 進一 | 大阪市立大学大学院 生活科学部 教授 | 花岡 徹 | 一般社団法人 日本福祉用具・生活支援用具協会 会長 |
| 小野木 孝二 | 一般社団法人 日本福祉用具供給協会 理事長 | 東畠 弘子 | 国際医療福祉大学大学院 福祉支援工学分野 教授 |
| 久留 善武 | 一般社団法人 シルバーサービス振興会 事務局長 | 別所 俊一郎 | 東京大学大学院経済学研究科・経済学部 准教授 |
| 五島 清国 | 公益財団法人テクノエイド協会 企画部長 | 渡邊 慎一 | 横浜市総合リハビリテーションセンター 副センター長 一般社団法人日本作業療法士協会 生活環境支援推進室 副室長 |
| 近藤 和泉 | 国立研究開発法人国立長寿医療研究センター 病院長 | | |

63. 医療・介護における「現役並み所得」の判断基準の見直しを検討

③ 医療・介護を通じた居住に係る費用負担の公平化の検討

| 進捗状況 (遅れている場合はその要因) | 今後の取組方針 |
|---|--|
| <p>63について</p> <p>a 医療における「現役並み所得」の判断基準の見直しについて、現役との均衡の観点から、2020年の医療保険部会のとりにまとめにおいて、「<u>判断基準や基準額の見直しに伴い現役世代の負担が増加することに留意する必要があること（中略）から、引き続き検討すべきである</u>」とされた。</p> <p>b 介護保険における「現役並み所得」等の判断基準の見直しについて、介護保険部会における2019年12月の取りまとめにおいて、「<u>「現役並み所得」「一定以上所得」の判断基準については、利用者への影響等を踏まえつつ、引き続き検討を行うことが適当である。</u>」とされた。</p> <p>③について 医療療養病床に入院する65歳以上の患者の居住費については、介護保険施設や在宅との負担の公平化を図る観点から、入院時生活療養費において、<u>平成29年より、当該患者の医療区分によらず光熱水費相当額の自己負担を求めることとしたところ。</u></p> | <p>63について</p> <p>a <u>左記の医療保険部会におけるとりまとめを踏まえ、判断基準や基準額の見直しに伴い現役世代の負担が増加することや、本年10月に施行された後期高齢者医療制度における窓口負担割合の見直し（一定以上所得のある者への2割負担導入）の施行の状況等を注視する必要があることに留意しつつ検討。</u></p> <p>b <u>左記の介護保険部会におけるとりまとめも踏まえ、2024年度から始まる第9期介護保険事業計画期間に向けて、給付と負担の在り方について、本年末の取りまとめに向け、介護保険部会等で検討。</u></p> <p>③について 居住に係る費用負担については、<u>医療療養病床と介護保険施設における負担の公平や年金給付との調整の観点等も踏まえつつ、引き続き検討。</u></p> |

現役並み所得の判断基準について

現役並み所得区分の判定基準

- ① 国保・後期高齢者医療制度加入者の場合は、**課税所得145万円以上** かつ、
- ② **収入額の合計が単身383万円以上、世帯520万円以上**

| 区 分 | 判定基準 | 負担割合 | 外来のみの 月単位の上限額 (個人ごと) | 外来及び入院を合わせた 月単位の上限額 (世帯ごと) |
|--------|--|------|---|--|
| | | | 現役並み所得 | 課税所得145万円以上 年収単身約383万円以上、複数約520万円以上 |
| 一定以上所得 | 課税所得28万円以上 年金収入 + その他の合計所得金額が 単身約200万円以上、複数320万円以上 | 2割 | 18,000円 〔年14.4万円〕 負担増加額3,000円以内 (令和4年10月～令和7年9月) | |
| 一般 | 課税所得28万円未満 住民税が課税されている世帯で「一定以上所得」以外 | 1割 | 18,000円 〔年14.4万円〕 | 57,600円 <多数回該当：44,400円> |
| 低所得Ⅱ | 世帯全員が住民税非課税 年収約80万円超 | | 8,000円 | 24,600円 |
| 低所得Ⅰ | 世帯全員が住民税非課税 年収約80万円以下 | | | 15,000円 |

→ 現役並み所得を有する後期高齢者の医療給付費には公費負担がなく、その分は現役世代の支援金による負担となっている。

後期高齢者医療における窓口負担割合の見直し

- 現役世代の保険料負担の上昇を抑制するため、後期高齢者の患者負担割合への一定の所得がある方への2割負担の導入については、**令和4年10月1日**から施行する。

[① 2割負担の所得基準]

- **課税所得が28万円以上かつ「年金収入+その他の合計所得金額」が200万円以上**(※)の方が2割負担の対象

※ 単身世帯の場合。複数世帯の場合は、320万円以上。

※ 対象者は約370万人。被保険者全体(約1,815万人)に占める割合は、20%。

[② 配慮措置]

- **長期頻回受診患者等への配慮措置**として、2割負担への変更により影響が大きい**外来患者**について、施行後**3年間**、ひとつき分の1割負担の場合と比べた負担増を、最大でも**3,000円に抑えるような措置**を導入。
- 2割負担となる方で、高額療養費の口座が登録されていない方には、**施行に際して各都道府県の広域連合や市区町村から申請書を郵送**。

※ 同一の医療機関での受診については、現物給付化(上限額以上窓口で支払わなくてよい取扱い)。

※ 別の医療機関や調剤薬局、同一の医療機関であっても医科・歯科別の場合は現物給付の対象とならないが、申請によりこれらを合算したひとつき当たりの負担増加額は最大でも3,000円となり、超える分は4か月後を目処に、高額療養費として、事前に登録されている口座へ後日償還される。

| 2022年9月30日まで | | 2022年10月1日から | |
|--------------|---------|--------------|---------|
| 区分 | 医療費負担割合 | 区分 | 医療費負担割合 |
| 現役並み所得者 | 3割 | 現役並み所得者 | 3割 |
| 一般所得者等※ | 1割 | 一定以上所得のある方 | 2割 |
| | | 一般所得者等※ | 1割 |

被保険者全体の約20%

※住民税非課税世帯の方は基本的に1割負担となります。

(参考) 財政影響 (※令和4年10月1日施行ベース。括弧内は満年度ベース。)

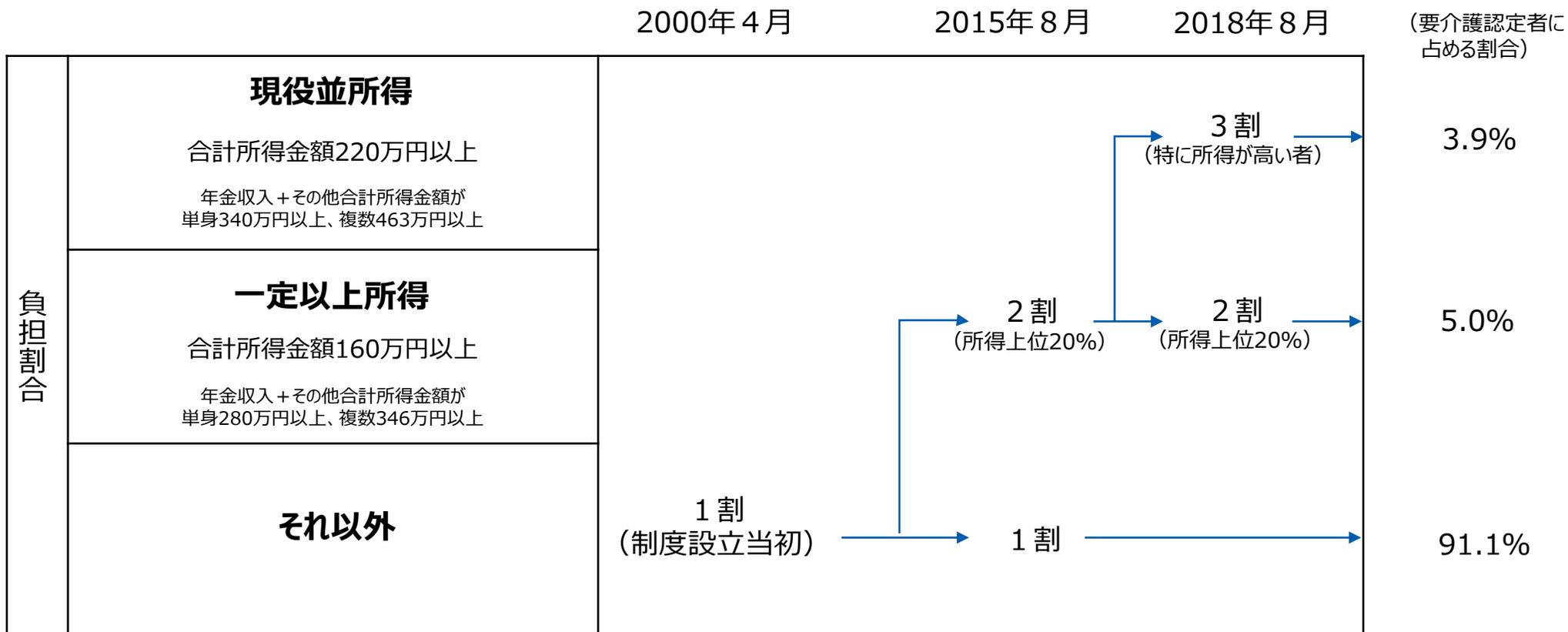
| 給付費 | 後期高齢者支援金 (現役世代の負担軽減) | 後期高齢者保険料 (高齢者の負担軽減) | 公費 | | |
|----------------------|-------------------------|------------------------|---------------------|--------------------|--------------------|
| | | | 国費 | 地方費 | |
| ▲790億円 (▲1,880億円) | ▲300億円 (▲720億円) | ▲80億円 (▲180億円) | ▲410億円※ (▲980億円) | ▲260億円 (▲630億円) | ▲150億円 (▲350億円) |

※ 国保からの後期高齢者支援金に公費が含まれるため、後期高齢者支援金に係る公費を合わせると▲440億円(うち、国費▲290億円、地方費▲160億円)。

介護保険の利用者負担割合

- 介護保険の利用者負担は、制度創設以来 1 割であったが、その後負担割合の見直しが行われている。

介護保険の利用者負担



平成26年改正における一定所得以上の利用者負担の見直し【平成27年8月施行】

負担割合の引き上げ

- 保険料の上昇を可能な限り抑えつつ、制度の持続可能性を高めるため、これまで一律1割に据え置いている利用者負担について、相対的に負担能力のある**一定以上の所得の方の自己負担割合を2割**とする。ただし、月額上限があるため、見直し対象の全員の負担が2倍になるわけではない。
- 自己負担2割とする水準は、**合計所得金額**(※1) **160万円以上**(※2)の者(単身で年金収入のみの場合、280万円以上)。
- ただし、合計所得金額が160万円以上であっても、実質的な所得が280万円に満たないケースや2人以上世帯における負担能力が低いケースを考慮し、**「年金収入とその他の合計所得金額」の合計が単身で280万円、2人以上世帯で346万円未満**(※3)の場合は、**1割負担に戻す**。

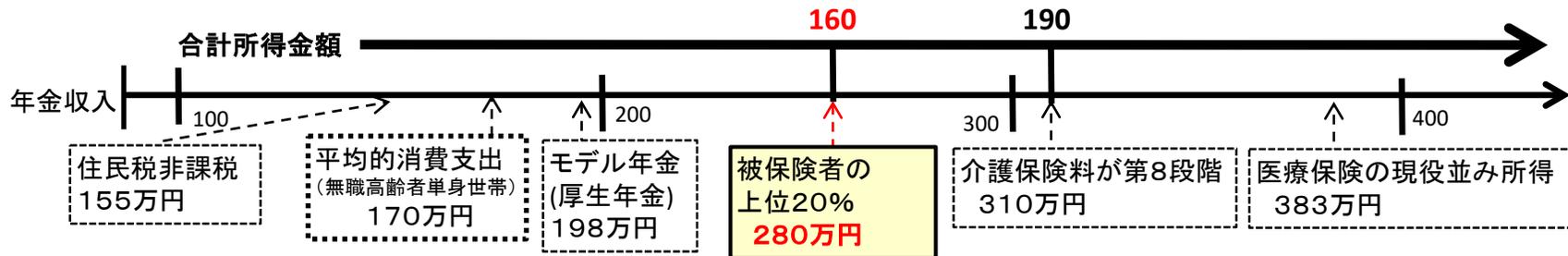
※1 合計所得金額とは、収入から公的年金控除や給与所得控除、必要経費を控除した後で、基礎控除や人的控除等の控除をする前の所得金額

※2 **被保険者の上位20%に該当する水準**。ただし、利用者の所得分布は、被保険者全体の所得分布と比較して低いため、被保険者の上位20%に相当する基準を設定したとしても、**実際に影響を受けるのは、在宅サービスの利用者のうち15%程度、特養入所者の5%程度**と推計。

※3 $280万円 + 5.5万円(国民年金の平均額) \times 12 \approx 346万円$

自己負担2割とする水準(単身で年金収入のみの場合)

※年金収入の場合: 合計所得金額 = 年金収入額 - 公的年金等控除(基本的に120万円)



平成29年改正における一定所得以上の利用者負担割合の見直し

負担割合の引き上げ

世代間・世代内の公平性を確保しつつ、制度の持続可能性を高める観点から、2割負担者のうち特に所得の高い層の負担割合を3割とする。ただし、月額44,400円の負担の上限あり。【平成30年8月施行】

【利用者負担割合】

| | 負担割合 |
|--------------------------------------|----------------|
| 年金収入等 340万円以上 <small>(※1)</small> | 2割 ⇒ 3割 |
| 年金収入等 280万円以上 <small>(※2)</small> | 2割 |
| 年金収入等 280万円未満 | 1割 |

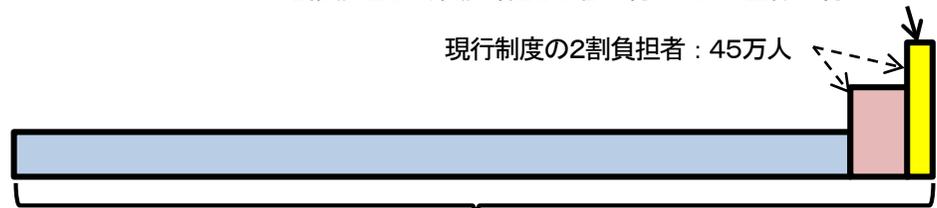
※1 「合計所得金額(給与収入や事業収入等から給与所得控除や必要経費を控除した額)220万円以上」かつ「年金収入+その他合計所得金額340万円以上(単身世帯の場合。夫婦世帯の場合463万円以上)」⇒単身で年金収入のみの場合344万円以上に相当

※2 「合計所得金額160万円以上」かつ「年金収入+その他合計所得金額280万円以上(単身世帯の場合。夫婦世帯の場合346万円以上)」⇒単身で年金収入のみの場合280万円以上に相当

【対象者数】

3割負担となり、負担増となる者：約12万人(全体の約3%)

現行制度の2割負担者：45万人



受給者全体：496万人

| | 在宅サービス | | | (単位:万人) 合計 |
|----------|--------|-----|----|---------------|
| | 施設・居住系 | 特養 | | |
| 受給者数(実績) | 360 | 136 | 56 | 496 |

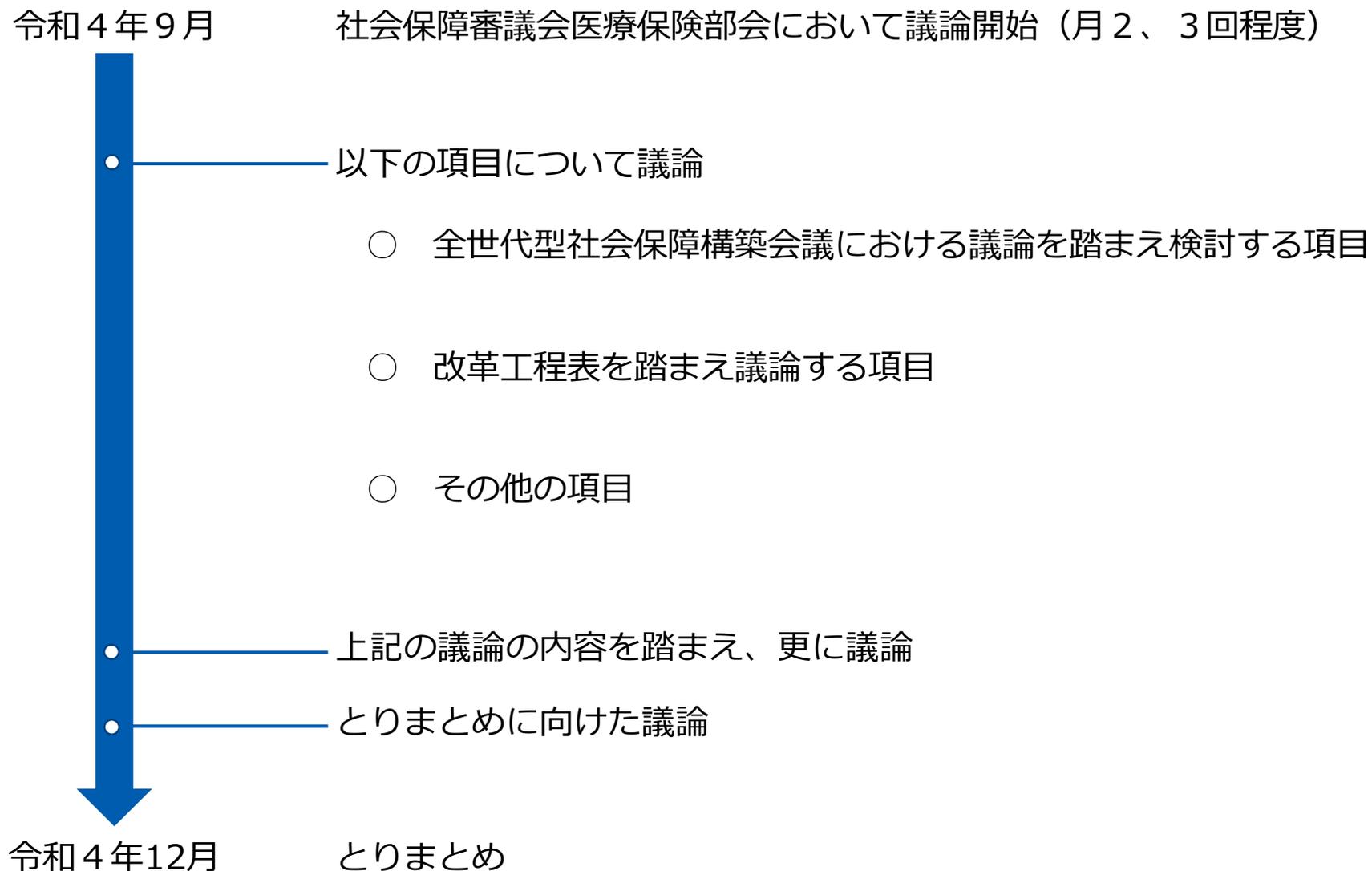
| | | | | |
|--------------|-------------|------------|----------------|-------------|
| 3割負担(推計) | 約13 | 約4 | 約1 | 約16 |
| うち負担増(対受給者数) | 約11 (3%) | 約1 (1%) | 約0.0 (0.0%) | 約12 (3%) |

| | | | | |
|----------|-----|-----|----|-----|
| 2割負担(実績) | 35 | 10 | 2 | 45 |
| 1割負担(実績) | 325 | 126 | 54 | 451 |

※介護保険事業状況報告(平成28年4月月報)

※特養入所者の一般的な費用額の2割相当分は、既に44,400円の上限に当たっているため、3割負担となっても、負担増となる方はほとんどいない。

医療保険部会における検討スケジュール（案）



入院時食事療養費及び入院時生活療養費の概要

- 入院時食事療養費は、保険医療機関に入院したときに必要となる食費について、その一部を支給するもの。
- 入院時生活療養費は、65歳以上の者が保険医療機関の療養病床に入院したときに必要となる食費と居住費について、その一部を支給するもの。
- 支給額は、食費及び居住費について定めた「基準額」から、被保険者が負担するものとして定めた「標準負担額」を控除した金額。
「入院時食事(生活)療養費」＝「基準額」－「標準負担額」
- 支給方法は、各保険者が被保険者に代わり保険医療機関に直接支払う現物給付方式。

<現状の仕組み>

| 入院時食事療養費 (一般病床、精神病床に入院する者、療養病床に入院する65歳未満の者) | 入院時生活療養費 (療養病床に入院する65歳以上の者) | |
|---|--|--|
| | 医療区分Ⅰ (医療区分Ⅱ、Ⅲ以外の者) | 医療区分Ⅱ、Ⅲ (スモン、筋ジス等) |
| <p>640円 保険給付 180円 自己負担(食料費、調理費) 460円(注) 別途負担なし(入院基本料の中で評価:3割負担)</p> | <p><生活療養Ⅰ></p> <p>554円 保険給付 94円 自己負担(食料費、調理費) 460円 398円 保険給付 28円 自己負担(光熱水費) 370円</p> | <p><生活療養Ⅱ></p> <p>420円 自己負担(食料費、調理費) 420円(注) 398円 保険給付 28円 自己負担(光熱水費) 370円</p> |
| (食費:1食) (居住費:1日) | (食費:1食) (居住費:1日) (食費:1食) (居住費:1日) | (食費:1食) (居住費:1日) (食費:1食) (居住費:1日) |

(参考) 介護保険施設(老健・介護療養・医療院の多床室)における食費・居住費(光熱水費)の自己負担限度額

| 一般所得者 (介護保険の給付なし) | 低所得者 (介護保険の補足給付あり) |
|--|---|
| <p>自己負担(食料費、調理費) 460円 自己負担(光熱水費) 985円 全額自己負担 ※金額は施設との契約による</p> | <p>1445円 補足給付 795円 自己負担(食料費、調理費) 650円 自己負担(光熱水費) 370円 補足給付 7円</p> |
| (食費:1日) (居住費:1日) | (食費:1日) (居住費:1日) |

※ 上記における食費の総額(基準額)は、厚生労働大臣が定める基準に適合するものとして届出を行った場合のもの。それ以外の場合、例えば、入院時食事療養費で届出を行っていない場合、1食あたり506円が総額となる。また、別途、特別食を提供した場合の加算(1食あたり76円)等がある。

※ 上記における自己負担額は、一般所得の場合のもの。低所得者については、所得に応じて負担軽減がされており、例えば、入院時食事療養費の場合、市町村民税非課税者は1食あたり210円の自己負担(90日超の入院の場合、160円)、入院時生活療養費の対象者で、市町村民税非課税者は1食あたり210円の自己負担となる。

(注)平成27年国保法等改正により、平成28年4月から1食360円、平成30年4月から1食460円に引上げ。ただし、難病・小児慢性特定疾病患者等は、1食260円で据え置き。

※ 介護保険においては、食費及び居住費(光熱水費)は保険給付の対象外であり、利用者の負担額は施設との契約に基づく金額となるが、低所得者については、補足給付として、標準的な費用の額(基準費用額)と自己負担限度額を定めた上で、その差額を保険給付している。

※ 上記補足給付の自己負担限度額は、利用者負担第3段階①の場合のもの。利用者負担第1段階(生活保護受給者等)の場合、自己負担限度額は食費が1日あたり300円、多床室の居住費(光熱水費)が0円となる。73

入院時食事療養費及び入院時生活療養費における標準負担額

- 入院時の食事代については、一般病床・精神病床等、65歳未満の療養病床、65歳以上の療養病床のうち医療区分Ⅱ・Ⅲの入院患者（一般所得）について、1食260円の自己負担であったが、平成27年国保法等改正により、低所得者及び難病・小児慢性特定疾病患者を除き、平成28年4月から1食360円、平成30年4月から1食460円に引き上げられる。
- 入院時の居住費については、平成29年10月から、65歳以上の医療療養病床に入院する方の光熱水費相当額に係る患者負担について、医療区分Ⅰの患者については1日320円から370円に引き上げ、医療区分Ⅱ・Ⅲの患者については1日0円から200円、平成30年4月から、1日200円から1日370円に引上げられた（ただし、指定難病患者は負担を据え置き）。

| | | 療養病床 | | 一般病床・精神病床等 |
|-------|-------------------|---------------------------------|--|-------------------|
| | | 医療区分Ⅰ | 医療区分Ⅱ、Ⅲ | |
| 65歳未満 | 一般所得 | 食費460円/食 (H30.4～) | | |
| | 低所得 | 食費210円/食 (注1) | | |
| 65歳以上 | 一般所得 | 食費460円/食 (注2) 居住費370円/日 | 食費460円/食 (H30.4～) (注2) 居住費370円 (H30.4～) | 食費460円/食 (H30.4～) |
| | 低所得Ⅱ | 食費210円/食 居住費370円/日 | 食費210円/食 (注1) 居住費370円 (H30.4～) | 食費210円/食 (注1) |
| | 低所得Ⅰ (70歳以上のみ) | 食費130円/食 (注3) 居住費370円/日 (注3) | 食費100円/食 居住費370円 (H30.4～) | 食費100円/食 |

(注1) 入院日数が90日を超える者は、一食160円

(注2) 管理栄養士又は栄養士による適時・適温の食事の提供等の基準を満たさない場合、一食420円

(注3) 老齢福祉年金を受給している等の場合は、一食100円、居住費0円

※ 低所得Ⅱ、低所得：(健保)被保険者が市町村民税非課税、(国保)世帯の被保険者全員が市町村民税非課税、(後期)世帯員全員が市町村民税非課税

※ 低所得Ⅰ：(健保)被保険者及び被扶養者の所得が一定以下、(国保)世帯の被保険者全員の所得が一定以下、(後期)世帯員全員の所得が一定以下

参考：関係部会での議論

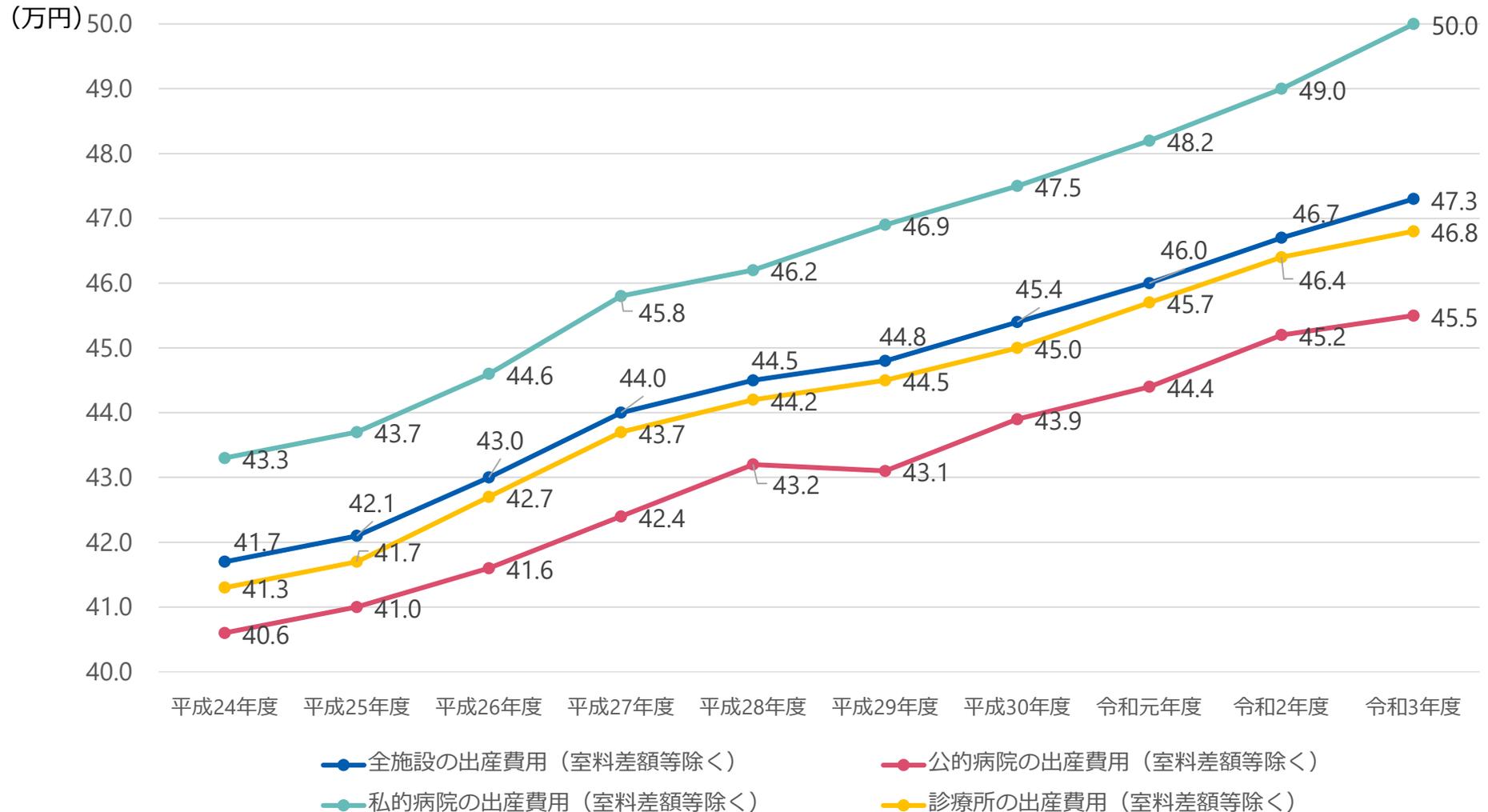
（出産育児一時金、高齢者の保険料賦課限度額や高齢者医療制度への支援金の在り方、被用者保険者間の格差是正の方策等について）

出産育児一時金に係る論点について

- 出産育児一時金の引上げを検討するに当たって、その額をどのように考えるか（施設種別、費目、地域による出産費用の違い等を含め）。
- 現在、後期高齢者は、現役世代の保険制度とは独立した医療制度となっているため、出産育児一時金の費用を負担していないが、当該費用を医療保険制度全体で支え合うことについて、どのように考えるか。
- 今回の調査結果においても出産費用やサービスの見える化に対するニーズが明らかになったことを踏まえ、妊産婦が適切に医療機関を選択することができるよう、受けるサービスに応じた出産費用の見える化についてどのように考えるか。

出産費用（正常分娩）の推移

○ 全施設と公的病院の出産費用（正常分娩）は年間平均1%前後で増加している。



（データ）厚生労働省。室料差額、産科医療補償制度掛金、その他の費目を除く出産費用の合計額。

（※）平成24年以降、出生数は年間平均2.5%減少傾向（2020年人口動態統計）

検討事項に関する論点

《医療・介護制度の改革について（令和4年9月28日第7回全世代型社会保障構築会議）抜粋》

○ 医療分野

（1）医療保険関係

- 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強化する観点を踏まえた、高齢者の保険料賦課限度額や高齢者医療制度への支援金の在り方、被用者保険者間の格差是正の方策等について

1. 高齢者の保険料賦課限度額や高齢者医療制度への支援金の在り方

- 現行の高齢者負担率の設定方法は、現役世代の減少だけに着目しており、制度導入以降、現役世代の負担（後期高齢者医療支援金）が大きく増加し（制度創設時と比べ、現役は1.7倍、高齢者は1.2倍の水準）、当面その傾向が続く一方、長期的には、高齢者人口も減少することから、高齢者負担率が上昇し続けてしまう構造。
- 高齢者世代・現役世代それぞれの人口動態に対処できる持続可能な仕組みとするとともに、当面の現役世代の負担上昇を抑制するため、高齢者負担率の在り方を見直すことが考えられないか。
- あわせて、高齢者世代内で能力に応じた負担を強化する観点から、賦課限度額を引き上げるとともに、現在、1：1となっている保険料の均等割と所得割の比率について、所得割の比率を引き上げることとしてはどうか。

2. 被用者保険者間の格差是正の方策等

- 健康保険組合の運営は、自主・自立が前提である一方で、現状、保険料率に幅があり、全体として保険料率が上昇している状況。
- 現役世代の負担上昇の抑制とあわせて、健保組合の持続可能性を確保する観点から、個々の保険者のみでは解決が困難な課題を中心に、被用者保険においても負担能力に応じた仕組みを強化し、①被用者保険者支援の在り方を見直すとともに、②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」を導入することが考えられないか。