



APRIL 2023

① 総合確保方針の一部改正を告示 ポスト2025年の医療・介護提供体制の姿もまとまる

- Point 1** 医療計画や介護保険事業（支援）計画の上位指針ともいえる、総合確保方針の改定案が大筋で了承され、3月17日に告示された。
- Point 2** また、ポスト2025年の医療・介護提供体制の姿が、別添としてとりまとめられた。

見直しの基本的方向性として 5つの柱が示される

厚生労働省の2月16日の医療介護総合確保促進会議は、次期医療計画や介護保険事業（支援）計画の策定のベースとなる「地域における医療及び介護を総合的に確保するための基本的な方針」（以下、総合確保方針とする）の改定案を、大筋で了承しました。また「団塊の世代」が全て75歳以上となる、2025年からの医療・介護提供体制の構築に向けて、「ポスト2025年の医療・介護提供体制の姿」が別添として新たにとりまとめられました。

総合確保方針は、各地域で医療や介護の提供体制を総合的に確保するための基本的な方向性を示すもので、都道府県による医療計画や、都道府県・市町村による介護保険事業（支援）計画の策定のベースとなる上位指針といえます。今回のとりまとめをもとに、3月17日に総合確保方針の一部を改正し、告示されました。

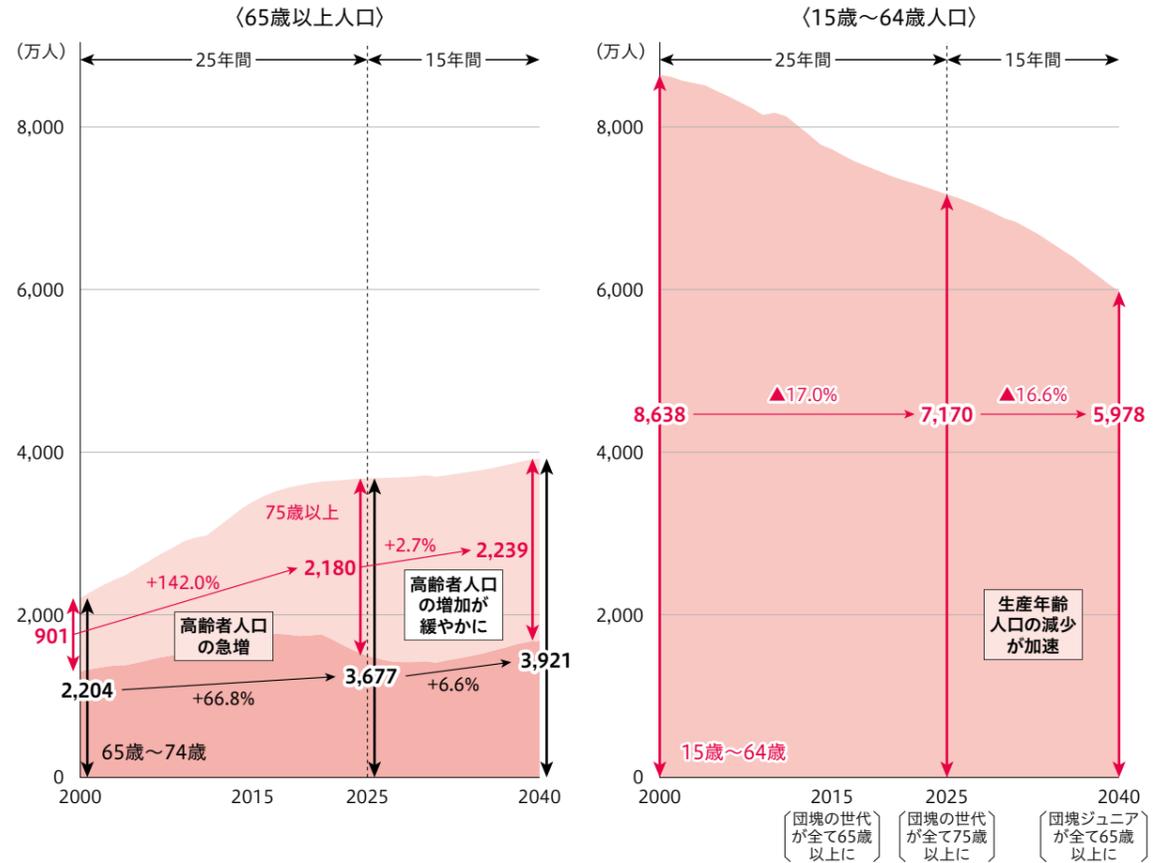
総合確保方針の意義では、従来の「団塊の世代」が全て75歳以上となる2025年に向け、「その後の生産年齢人口の減少加速等を見据え」との文言が付け加えられ、今後、医療・介護サービスの担い手や、社会保障費用を負担する人口が減少することを強調しています（図表1）。

また基本的方向性として、これまで議論された主な意見を踏まえ、

- 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

——の5つが挙げられました（図表2、3）。

■ 図表1 2040年までの人口構造の変化



〔「第2回2040年を展望した社会保障・働き方改革本部 資料 2040年を展望した社会保障・働き方改革本部のとりまとめについて【参考資料】」より抜粋・加工 (<https://www.mhlw.go.jp/content/12601000/000976635.pdf>)〕

■ 図表2 総合確保方針の意義・基本的方向性を見直し

【現行】	【見直し案】
<p>意義</p> <ul style="list-style-type: none"> ・「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 	<p>意義</p> <ul style="list-style-type: none"> ・「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
<p>基本的方向性</p> <ol style="list-style-type: none"> (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 	<p>基本的方向性</p> <ol style="list-style-type: none"> (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 <p>(別添) ポスト2025年の医療・介護提供体制の姿</p>

〔「第19回医療介護総合確保促進会議 資料」より抜粋・加工 (<https://www.mhlw.go.jp/content/12403550/001059089.pdf>)〕

■ 図表3 これまで議論された主な論点(抜粋)

「地域完結型」の医療・介護提供体制の構築	<ul style="list-style-type: none"> ●現状、慢性期・回復期医療には急性期病院から要介護者がたくさん紹介されている。 ●急性期医療で要介護者になりかける人を減らすため、予防的な措置・仕組みが重要。 ●特に都市部で高齢単独世帯の増加が見込まれるが、利用者本人の自律的な判断等が困難なケースにも対応する必要がある。 ●高齢者自身の最期の迎え方等に関する認識、家族の意識はまだ不足している。 ●積極的に、人生会議、ACP、シェアード・ディシジョン・メイキングなどを活用し、本人が納得・満足し、家族の後悔が少なく、よりよい人生の最期を送れるようにしてほしい。
サービス提供人材の確保と働き方改革	<ul style="list-style-type: none"> ●特定行為研修修了者の地域での活躍を含め、タスク・シフト等を推進することが必要。 ●タスクシェアやタスク・シフトは、患者の理解がないと実現ができない。 ●チーム医療がしっかりと機能すること、いろいろな職種の方の専門性や役割、彼らがどのようなことをシェア・シフトするのかということ、しっかりと国民が理解できる情報提供が必要。 ●医療界、経済界を挙げた連携も必要ではないか。
デジタル化・データヘルスの推進	<ul style="list-style-type: none"> ●医療においては、オンライン資格確認等システム等の活用が進む一方、介護についてはデジタル化が進んでいない。 ●医療・介護連携を推進・強化する観点から、医療・介護現場の関係者間で情報がスムーズに共有されることが大前提。 ●事務負担軽減にも資する可能性。そのために、情報共有のための基盤整備、共有すべき情報の整備、情報の電子化・標準化が必要。

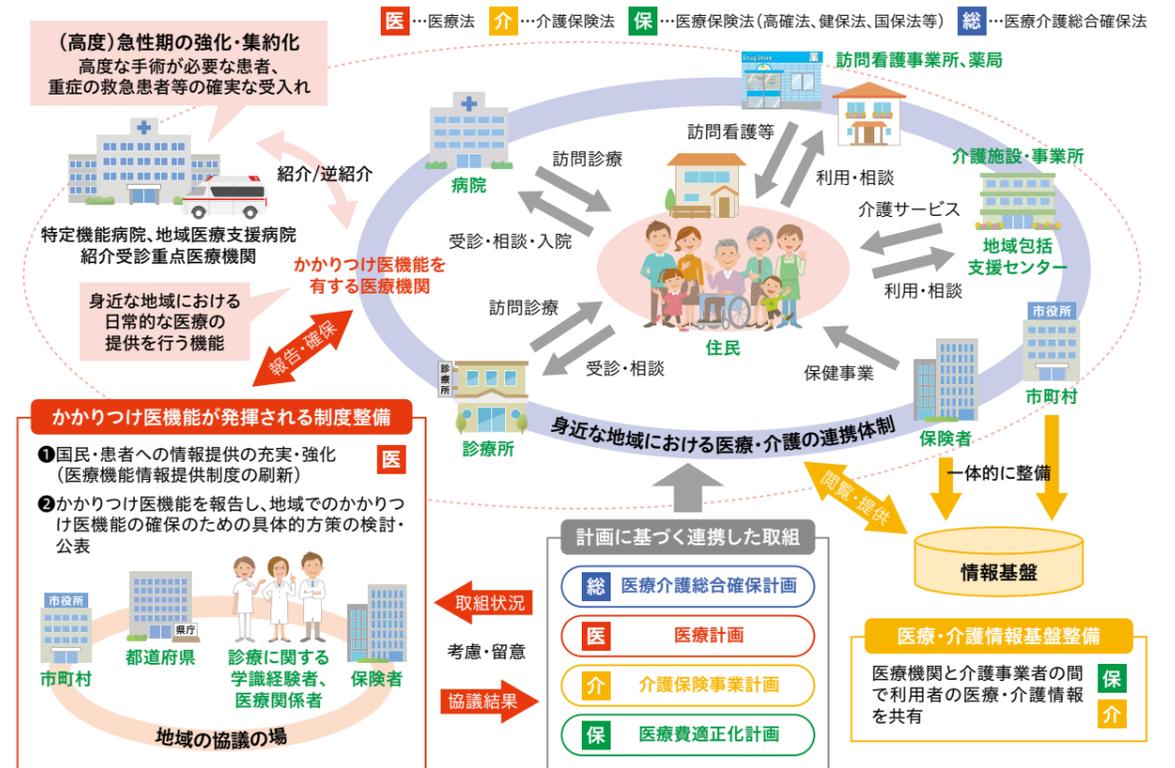
(「第19回医療介護総合確保促進会議 参考資料1」より抜粋・加工 (<https://www.mhlw.go.jp/content/12403550/001059093.pdf>))

①「地域完結型」の医療・介護提供体制の構築では、入院医療については、「2025年に向けて地域医療構想の推進に加え、その後の生産年齢人口の減少の加速等を見据え、医療機能の分化・連携を進めていくこと」が重要としています。また外来・在宅医療については、「外来機能報告制度を踏まえ、紹介受診重点医療機関の明確化を図るとともに、かかりつけ医機能が発揮される制度整備」を行っていく必要があるとしています(図表4)。

②サービス提供人材の確保と働き方改革に関しては、医療・介護サービス提供人材確保と働き方改革を、地域医療構想と一体的に進めるべきとしています。医療従事者に関しては、働き方改革やタスク・シフト/シェア、チーム医療の推進、復職支援等を進めて

いくことが指摘されています。③限りある資源の効率的かつ効果的な活用では、医療・介護保険制度の持続可能性を高めるためにも、医療機能の分化・連携や地域包括ケアシステムの構築、介護サービス事業者の経営の協働化・大規模化、ケアマネジメントの質の向上などを推進することが重要といった文言が盛り込まれました。④デジタル化・データヘルスの推進では、医療・介護DXを進め、患者・利用者自身の医療・介護情報の標準化、デジタル基盤を活用した情報の共有・活用など、⑤地域共生社会の実現では、医療・介護提供体制の整備において、地域の将来の姿を踏まえた「まちづくり」の一環として位置付ける視点を明確にしていくことも重要としました。

■ 図表4 地域完結型の医療・介護提供体制の構築



(「第19回医療介護総合確保促進会議「全世代対応型の持続可能な社会保障制度を構築するための健康保険法等の一部を改正する法律案」」より抜粋・加工 (<https://www.mhlw.go.jp/content/12403550/001059092.pdf>))

ポスト2025年に実現が期待される
医療・介護提供体制の姿とは

また別添の「ポスト2025年の医療・介護提供体制の姿」では、「高齢者人口がピークを迎える中で、医療・介護の複合的ニーズを有する高齢者数が高止まりする一方、生産年齢人口の急減に直面する」という局面において、実現が期待される医療・介護提供体制の姿を描いています。具体的には、

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

に、適切な医療・介護を効果的・効率的に受けることができること

——の3つの柱の実現を掲げています。

ポスト2025年を展望すると、引き続き高齢化が進行する地域もあれば、高齢化がピークを越え、人口が急速に減少する地域もあり、医療・介護需要の動向は地域によって大きく異なります。これは東京のような大都市圏と中山間地域や離島の状況とを想起すれば明らかといえます。

このような点を踏まえ、医療・介護の確保については、地域を包括的にカバーする提供主体や、オンライン診療などICT技術を活用して時間と場所を超えてサービスを提供することを可能にする形態の活用が必要としています。地域にとって必要な医療・介護サービスを確保することを前提とし、戦略的に再編を図ることも意識しながら、地域ごとの取り組みを進めていく必要があるとしています。

②マイナ保険証の原則一本化に向けた 今後の取り組みを明確に示す

Point

2月24日の社会保障審議会・医療保険部会では、マイナ保険証の取得が難しい要介護高齢者などには、医療機関受診時における資格確認書が、有効期間1年を限度として、無償で交付されることなどを明らかにした。

マイナ保険証の取得困難者などには 資格確認書が無償交付される

政府は既に、2024年秋に現在の健康保険証を廃止し、「マイナンバーカードの保険証利用(以下、マイナ保険証)に原則一本化」する方針を出しています。2月24日の社会保障審議会・医療保険部会では、デジタル庁の「マイナンバーカードと健康保険証の一体化に関する検討会」の中間とりまとめの内容の報告を行い、マイナ保険証の原則一本化に向けたさまざまな議論を行いました。本稿ではその一部をご紹介します。

デジタル庁の検討会で行われた中間とりまとめでは、「マイナンバーカードと健康保険証一体化の意義」や「一体化に当たったの取り組み」が記載されています。「マイナンバーカードと健康保険証一体化の意義」については、これまでも紹介してきたとおり、国民(患者)や医療機関・薬局、保険者にもメリットがあるとしています(図表5)。

今回新たに示された「一体化に当たったの取り組み」に関して、主な事項として以下が挙げられています。

- ①マイナンバーカードの特急発行・交付の仕組みの創設等
- ②マイナンバーカードの代理交付・申請補助等
- ③市町村によるマイナンバーカードの申請受付・交付体制強化の対応
- ④マイナンバーカードによりオンライン資格確認を受けることができない場合の取り扱い
- ⑤保険者の資格情報入力タイムラグ等への対応
- ⑥第三者によるマイナンバーカードの取り扱い
- ⑦乳幼児のマイナンバーカードについて

まずは健康保険証の廃止となる2024年秋までにマイナンバーカードを広く行き渡らせるために、①では「申請から最短5日で交付」や「1日あたり約1万枚発行」などができる仕組みの創設、②では「代理交付の活用ができるケースの拡充・明確化」など、③では「介護福祉施設等や医療機関等での出張申請の推進」など——といった対策が盛り込まれています。

■ 図表5 オンライン資格確認のメリット

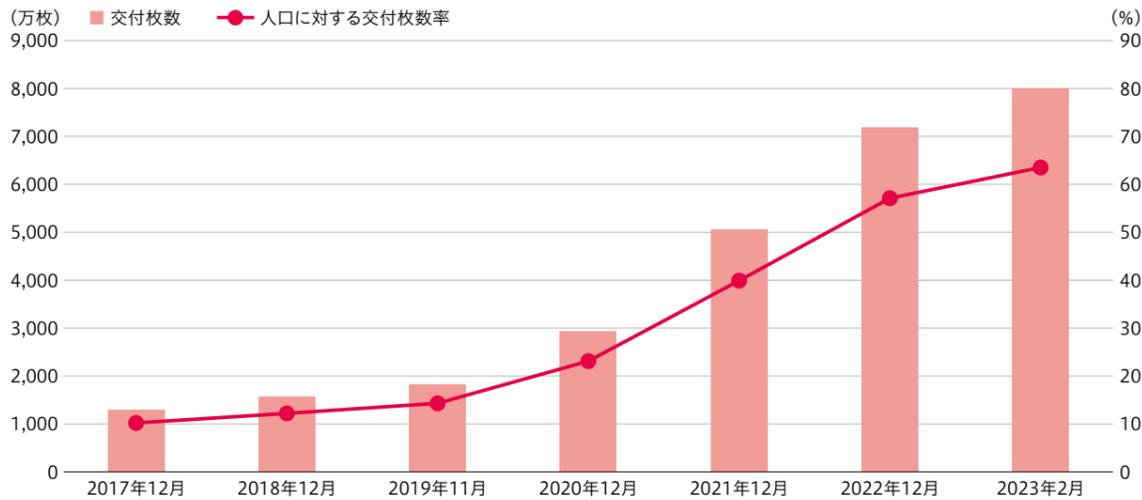
患者	<ul style="list-style-type: none"> ・マイナンバーカードを用いて、特定健診情報等、薬剤情報、医療費通知情報を閲覧できます。本人が同意をすれば、医療関係者と共有し、より良い医療を受けることができるようになります。 ・限度額適用認定証等がなくても、窓口での限度額以上の一時的な支払いが不要となります(従来は、一時的に支払いをした後に還付を受けるか、事前に医療保険者等に限度額適用認定証等を申請する必要がありました)。 ・転職等のライフイベント後も、健康保険証としてずっと使うことができます(医療保険者等への加入の届出は引き続き必要です)。国民健康保険や後期高齢者医療に加入している際の定期的な保険証の更新が不要になります。また、高齢受給者証(70歳から75歳になるまでの間、自己負担割合を示す証明書)の持参が不要になります。 ・顔認証により本人確認と保険証確認が同時に行われ、受付が円滑になります。保険医療機関等の窓口での資格確認がシステム化されることで、待ち時間が減少することがあります。
医療機関・薬局	<ul style="list-style-type: none"> ・病院システムへの資格情報の入力の手間が軽減され、誤記リスクが減少します。 ・正しい資格情報の確認ができないことでレセプト請求後に返戻されていましたが、オンラインでの即時の資格確認によりレセプトの返戻を回避でき、患者等への確認事務が減少します。未収金の減少につながります。 ・マイナンバーカードを持っている患者の同意を得て、薬剤情報、特定健診情報等を閲覧することができるようになり、より正確な情報に基づく適切な医療を提供することができます。 ・災害時には、マイナンバーカードを持っていない患者であっても、薬剤情報、特定健診情報等を閲覧することが可能となります(患者の同意は必要です)。 ・被保険者証の資格確認がシステム化されることで、窓口の混雑が緩和されます。
保険者	<ul style="list-style-type: none"> ・資格喪失後の被保険者証の使用が抑制されます。 ・資格喪失後の被保険者証の使用や被保険者番号の誤記による過誤請求の事務処理負担(資格喪失や異動後の資格情報の照会、医療保険者間調整、本人への請求等の事務作業)が減少します。 ・限度額適用認定証等の適用区分や負担割合等が保険医療機関等に正確に伝わり、レセプトにかかる保険医療機関等との調整が減少します。 ・限度額適用認定証等の申請にかかる事務手続きや認定証等の発行が減少します。

(「マイナンバーカードと健康保険証の一体化に関する検討会(第2回) 中間とりまとめ参考資料」より抜粋・加工(https://www.digital.go.jp/assets/contents/node/basic_page/field_ref_resources/049442db-8ca3-4019-928a-c8b76aaa75d5/07e1fec7/20230217_meeting_card-integration-mynumber-and-insurance_outline_02.pdf))

また④では、健康保険証の廃止に合わせて、マイナンバーカードによりオンライン資格確認を受けることができない状況にある方等については、氏名・生年月日、被保険者等記号・番号、保険者情報等が記載された「資格確認書(基本は紙)」を提供するとしています。資格確認書の交付対象には、「マイナンバーカードを紛失あるいは更新中の者」「介護が必要な高齢者や子どもでマイナンバーカードを取得し

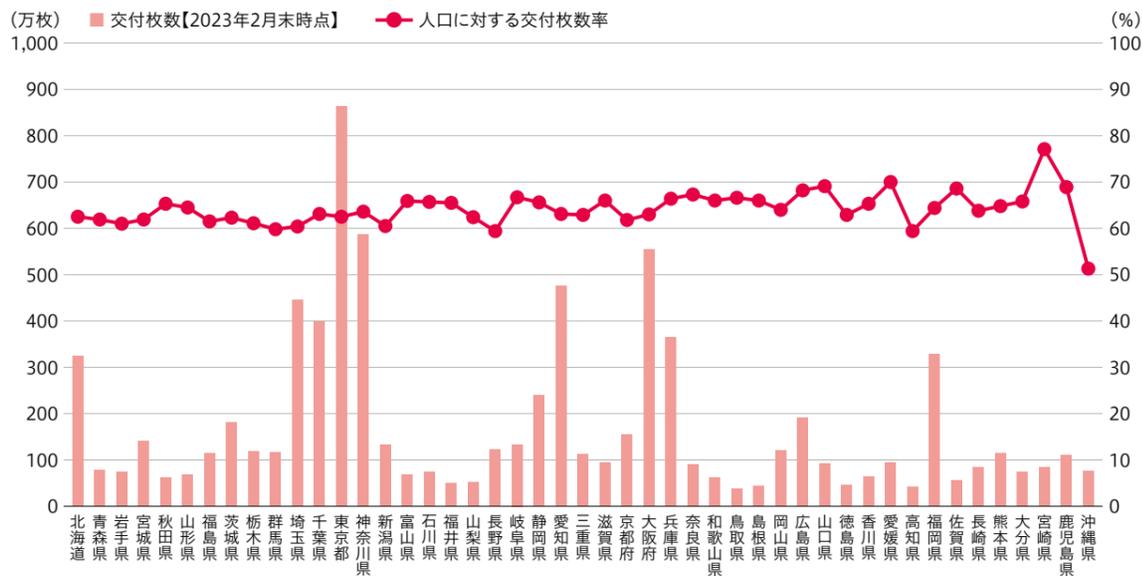
ていない者」などが想定されています。本人の申請に基づき保険者が交付することを原則とし、有効期限は1年を限度として各保険者が設定するとしています。なお、健康保険証廃止後、発行済みの健康保険証については、1年間(先に有効期間が到来する場合は有効期間まで)有効とみなす経過措置が設けられます。

■ 図表6 全国におけるマイナンバーカードの交付枚数と人口に対する交付枚数率の推移



(「総務省ホームページ「マイナンバーカード交付状況について」より抜粋・加工 (https://www.soumu.go.jp/main_content/000798223.pdf)

■ 図表7 マイナンバーカードの都道府県別交付枚数と人口に対する交付枚数率 (人口は2022年1月1日数値)



(「総務省ホームページ「マイナンバーカード交付状況について」より抜粋・加工 (https://www.soumu.go.jp/main_content/000798223.pdf)

国民(患者)や医療機関・薬局、保険者の3者がオンライン資格確認の恩恵を受けるためには、多くの医療機関等においてオンライン資格確認等システムが導入・運用開始されて、多くの国民がマイナ保険証を利用することが求められています。しかし、オンライン資格確認の導入状況を見ると、2月19日時点では全施設における運用開始施設数の割合は49.6%

(病院は60.1%、医科診療所は37.7%)という状況です。なお、マイナンバーカードに関しては、交付実施済み数は人口比で62.3%となっており、都道府県別の交付枚数率も公開されています。また、カード交付枚数に対する健康保険証の利用の登録割合は、62.0%となっています(図表6、7)。

③糖尿病対策の中間とりまとめ公表

Point 1

腎疾患対策及び糖尿病対策の推進に関する検討会は、「糖尿病対策に係る中間とりまとめ」を公表した。

Point 2

中間とりまとめの柱としては、①糖尿病対策に係る他計画との連携等を含めた診療提供体制②新型コロナウイルス感染症拡大時の経験を踏まえた今後の糖尿病医療体制③糖尿病対策に係る指標の見直し——の3つとなっている。

糖尿病対策、外来栄養食事指導強化や高齢者糖尿病に関する取り組みなどを推進

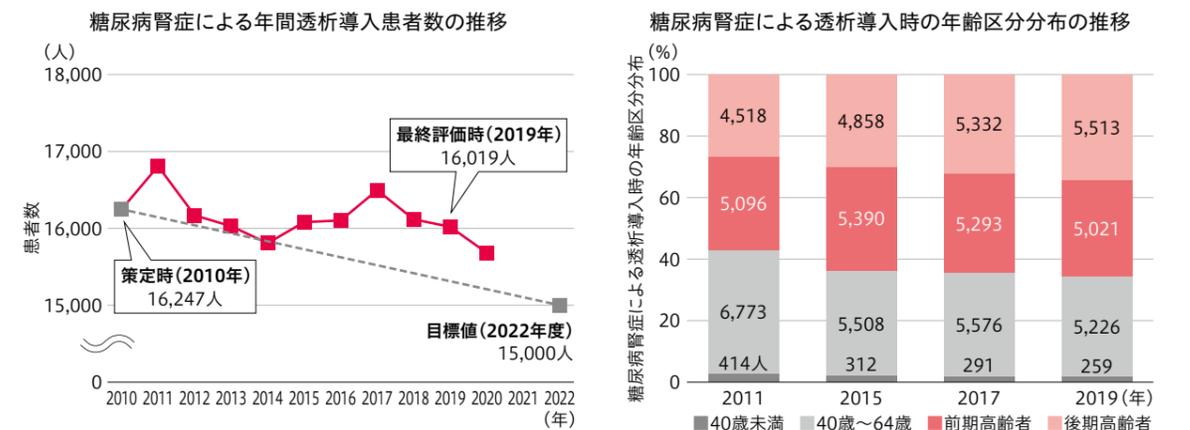
厚生労働省「腎疾患対策及び糖尿病対策の推進に関する検討会」は、2月13日に「糖尿病対策に係る中間とりまとめ」を発表しました。この内容は、年度内の改正が予定されている医療計画作成指針などに反映されることになります。中間とりまとめの柱としては、

- ①糖尿病対策に係る他計画との連携等を含めた診療提供体制
- ②新型コロナウイルス感染症拡大時の経験を踏まえた今後の糖尿病医療体制
- ③糖尿病対策に係る指標の見直し——の3つとなっています。

①については、これまでの取り組みに加え、「外来療養指導や外来栄養食事指導の強化、及び運動指導の重要性」を挙げています。また糖尿病腎症による年間透析導入患者の動向をみると、減少傾向にあるものの75歳以上は増加傾向にあることから、高齢者糖尿病に関する取り組みも追記事項として挙げられています(図表8)。具体的には、「高齢者糖尿病におけるコントロール目標等が設定されたことにも留意し、低血糖予防、フレイル対策、併存症としての心不全に関する実態把握や、在宅医療・在宅訪問看護や介護・地域包括ケアとの連携等の要素も含め、糖尿病の治療や合併症の発症予防・重症化予防につながる取り組み」を追記事項としています。

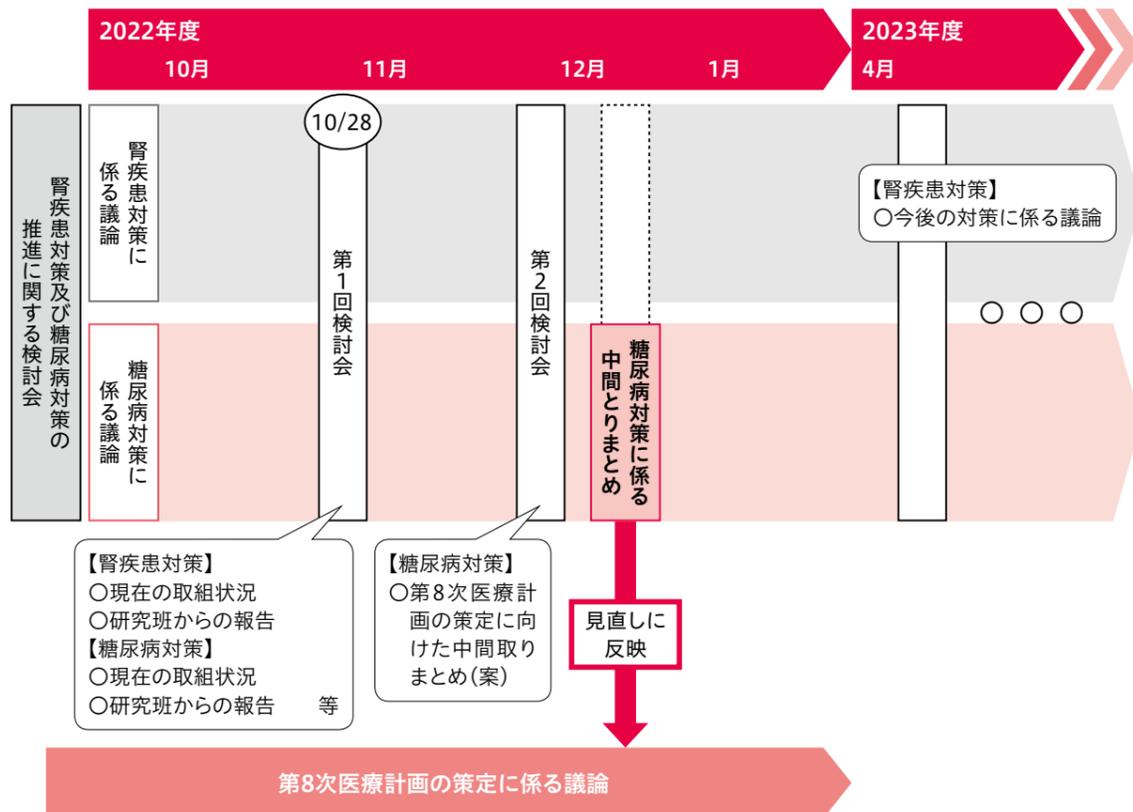
②では、感染症流行下等の非常時であっても糖尿病患者が適切な医療を受けられるような体制の整備や、ICTやパーソナル・ヘルス・レコード(PHR)

■ 図表8 糖尿病腎症による年間透析導入患者の動向



(「第1回腎疾患対策及び糖尿病対策の推進に関する検討会 資料 資料3-2: 山内参考人提出資料」より抜粋・加工 (<https://www.mhlw.go.jp/content/10905000/001005975.pdf>)

■ 図表9 腎疾患対策及び糖尿病対策における検討スケジュール案



(「第1回腎疾患対策及び糖尿病対策の推進に関する検討会 資料」より抜粋・加工 (<https://www.mhlw.go.jp/content/10905000/001005971.pdf>))

の利活用のほか、在宅医療との連携を含めた継続的・効果的な疾病管理の検討、オンライン診療による対応が可能な糖尿病患者の病態像の整理を進めるとしています。なお、外来栄養食事指導料や糖尿病透析予防指導管理料などの医学管理料の一部は、現行においても情報通信機器を用いた場合の診療報酬が設定されています。

また③では以前にもご紹介したとおり、第8次医療計画における糖尿病対策に係る指標について、「糖尿病の予防」「糖尿病の治療・重症化予防」「糖尿病

合併症の発症予防・治療・重症化予防」の3項目を軸として全体を整理する方針を示しています。

さらに今後引き続き検討が必要な事項については、「高齢者の糖尿病の実態把握や、ICTなどを活用した糖尿病対策のあり方」や「糖尿病対策の取り組みの評価に係る適切な指標」の2つを挙げています。腎疾患対策についても糖尿病対策と並行して議論されており、2023年4月以降に今後の腎疾患対策に係る議論が行われるスケジュールとなっています(図表9)。

今月のQ&A

Q: かかりつけ医機能の制度整備に向けて、「かかりつけ医機能報告制度」を創設することが決まりましたが、全ての無床診療所が報告対象に含まれるでしょうか。

A: 「かかりつけ医機能報告制度」の報告対象については、病床機能報告や外来機能報告などとは違い、病院や有床診療所だけでなく、無床診療所や在宅医療を行う医療機関など幅広い医療機関を対象とする見通しであることが示されています。

2月24日に社会保障審議会医療部会が開催され、2025年度の創設を目指す「かかりつけ医機能報告制度」についても議論が及びました。「かかりつけ医機能報告制度」については、全世代型社会保障の関連法案にも盛り込まれており、その報告をどのような医療機関に求めるかなどの詳しい制度の枠組みは、後日検討することになっていました。

今回の医療部会では「かかりつけ医機能報告制度」の報告対象について、外来機能を有する病院や有床診療所、無床診療所だけでなく、在宅医療を行う医療機関なども含まれるとの見通しを示し、病床機能報告や外来機能報告などとの違いを明確に示しています。

医療機関における各報告制度の対象イメージ図

入院		病床機能報告(2014年)
外来	有床診・病院	外来機能報告(2021年) (紹介受診重点医療機関の確認)
	無床診	
在宅		かかりつけ医機能報告(新設)

(「第96回社会保障審議会医療部会」より抜粋・加工 (<https://www.mhlw.go.jp/content/12601000/001062618.pdf>))

なお、かかりつけ医機能の制度整備に向けては、①「医療機能情報提供制度」の刷新、②「かかりつけ医機能報告制度」の創設——の2本柱で構成されており、①は2024年4月から施行される予定となっています。国民や患者が自ら適切に医療機関を選択できるように、かかりつけ医機能を持つ医療機関の情報提供を充実・強化するものになります。今後、有識者との協議のうえ、医療機関が報告すべき「かかりつけ医機能」の整理を進めていくことが予定されています。

《発行》

アステラス製薬株式会社

東京都中央区日本橋本町2-5-1 〒103-8411

《内容についてのお問い合わせ先》

医療総研株式会社 (担当: Mesa編集室)

東京都渋谷区渋谷1-7-5 青山セブンハイツ 8F 〒150-0002

Mail: mesa.info@iryso-ken.co.jp