

# 医療保険者を取り巻く最近の動向について

# 目次

## (医療保険制度改革)

- 後期高齢者の窓口負担割合の在り方の見直し .....P4
- 傷病手当金の見直し.....P9
- 不妊治療の保険適用に向けた検討.....P13
- 任意継続被保険者制度の見直し.....P15
- 育児休業保険料免除の見直し.....P17
- 出産育児一時金の見直し.....P19
- 大病院への患者集中を防ぎかかりつけ医機能の強化を図るための定額負担の拡充..... P21
- ジェネリック医薬品等の使用促進.....P25

## (薬価改定)

- 令和3年度薬価改定..... P28

## (地域医療構想)

- 地域における医療提供体制について.....P37

## (介護報酬改定)

- 令和3年度介護報酬改定..... P43

# 医療保険制度改革(ポイント)

## 《後期高齢者の窓口負担割合の在り方の見直し》

- 課税所得が28万円以上(所得上位30%)かつ年収200万円以上の方について、2割負担を導入する。ただし、長期頻回受診患者等への配慮措置として、外来患者について、施行後3年間、1月分の負担増を、最大でも3,000円に収まるような措置を導入。(令和4年度後半施行予定)

## 《傷病手当金の見直し》

- 現行、支給期間は、支給決定開始日から起算して1年6ヶ月を超えない期間とされているが、治療と仕事の両立の観点から、支給期間を通算化(1年6ヶ月まで)する。

## 《不妊治療の保険適用に向けた検討》

- 2020年度に、不妊治療の実態把握等に関する調査研究を行う。研究結果を踏まえ、2021年度中に詳細を決定し、2022年度当初から保険適用を実施する。

## 《任意継続被保険者制度の見直し》

- 資格喪失事由に「被保険者からの申請による任意脱退」を追加する。

## 《育児休業保険料免除の見直し》

- 現行、月の末日が育休期間中である場合に保険料免除の対象となるが、これに加え、月内に一定以上の期間(2週間)育休を取得した場合にも保険料を免除する。
- 賞与保険料の免除については、1ヶ月超の育休取得者に限ることとする。

## 《出産育児一時金の見直し》

- 産科医療補償制度の見直しにより、掛金が4,000円引き下げられることに伴い、出産育児一時金の支給額もその分引き下げるべきであるが、少子化対策としての重要性に鑑み、支給総額(現行42万円)は維持し、本人の給付分を4,000円引き上げる。(本人の給付分40.4万円→40.8万円、産科補償制度の掛金1.6万円→1.2万円)

## 《大病院への患者集中を防ぎかかりつけ医機能の強化を図るための定額負担の拡充》

- 外来機能の明確化・連携に向けて、外来機能報告を創設し、当該報告の内容に基づき、地域協議の場(地域医療構想調整会議を想定)において、必要な協議を行い、「紹介患者への外来を基本とする医療機関」を明確化する。
- その上で、現行の紹介状なしで大病院を受診する場合の定額負担(選定療養)を以下のように見直す。
  - ・ 「紹介患者への外来を基本とする医療機関」にも、対象医療機関を拡大する。
  - ・ かかりつけ医機能を担う地域の医療機関を受診せず、あえて紹介状なしで大病院を受診する患者の初・再診については、一定額を保険給付範囲から控除し、同額以上に定額負担の額を増額する。
  - ・ 大病院からかかりつけ医機能を担う地域の医療機関への逆紹介を推進するとともに、再診を続ける患者への定額負担を中心に除外要件の見直し等を行う。

## 《ジェネリック医薬品等の使用促進》

- 「2020年9月までに後発医薬品使用割合を80%以上」の目標達成後の新たな目標について、これまでに分かってきた課題も踏まえつつ、その内容を検討。
- 後発医薬品も含めた、医薬品の適正使用に資するフォーミュラリガイドラインを策定。

## 後期高齢者の窓口負担割合の見直しについて

- 令和4年度(2022年度)以降、団塊の世代が後期高齢者となり始めることで、後期高齢者支援金の急増が見込まれる中で、若い世代は貯蓄も少なく住居費・教育費等の他の支出の負担も大きいという事情に鑑みると、負担能力のある方に可能な範囲でご負担いただくことにより、後期高齢者支援金の負担を軽減し、若い世代の保険料負担の上昇を少しでも減らしていくことが、今、最も重要な課題である。
- その場合でも、何よりも優先すべきは、有病率の高い高齢者に必要な医療が確保されることであり、他の世代と比べて、高い医療費、低い収入といった後期高齢者の生活実態を踏まえつつ、窓口負担割合の見直しにより必要な受診が抑制されるといった事態が生じないようにすることが不可欠である。
- 2割負担の所得基準、施行日、配慮措置について政府・与党が協議して確認した。12月14日に全世代型社会保障検討会議の最終報告でとりまとめ。

### [① 2割負担の所得基準]

課税所得が28万円以上(所得上位30% ※1) かつ 年収200万円以上 ※2の方を2割負担の対象(対象者は約370万人 ※3)

※1) 現役並み所得者を除くと23%

※2) 単身世帯の場合。複数世帯の場合は、後期高齢者の年収合計が320万円以上。また、収入基準額は、課税所得をもとに年金収入のみの世帯を前提に計算(対象者のほとんどが年金収入であるため、年金収入のみで収入基準額を計算)。

収入基準に該当するかどうかは、介護保険同様に「年金収入とその他の合計所得金額」が年収の下限の額を上回るかで判定

※3) 対象者数の積算にあたっては、収入基準に該当するかも含めて計算。対象者約370万人が被保険者全体(約1,815万人)に占める割合は、20%。

### [② 施行日]

施行に要する準備期間等も考慮し、令和4年度後半(令和4年10月から令和5年3月までの各月の初日を想定)で、政令で定める。

(次期通常国会に必要な法案の提出を図る)

### [③ 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、1月分の負担増を、最大でも3,000円に収まるような措置を導入

(※) 窓口負担の年間平均が約8.1万円⇒約10.6万円(+2.6万円)(配慮措置前は約11.5万円で+3.4万円)

(参考) 財政影響(2022年度満年度)

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
▲1,930億円	▲740億円	▲190億円	▲1,010億円

※ 施行日が2022年度後半であることから、2022年度における実際の財政影響は満年度分として示している上記の財政影響よりも小さくなる。

第133回 医療保険部会(R2.11.12開催) (出席:安藤理事長)

議題 医療保険制度改革について

発言

現役世代の負担軽減につながる仕組みとなるよう、今回の後期高齢者の窓口負担の在り方については、低所得者の方たちに十分な配慮をしつつも、原則2割とする方向で見直していただきたい。

また、2割負担の対象者を議論するにあたっては、これまでも複数の委員から、いろいろな資料を提出してほしいと要望があり、事務局から説明などがあったが、説明した内容も含め、次回以降、出していただきたい。

現役並み所得の基準の見直しを引き続きの検討事項とすることに異論はないが、現役世代の支援金負担が過重なものとなっていることを踏まえ、現役並み所得者についても、それ以外の方と同様に公費負担を50%とすることを検討いただきたい。

また、現役並み所得者の範囲を拡大する際には、少なくとも現役世代の支援金負担がこれ以上増加しないような仕組みとしていただくことが必要である。

第134回 医療保険部会(R2.11.19開催) (出席:安藤理事長)

議題 医療保険制度改革について

発言

高齢者の医療給付費を賄うための拠出金が各保険者の財政を圧迫していることについては、皆さんご承知のとおりである。具体的に申し上げますと、全国健康保険協会は支出全体の約4割が高齢者医療への拠出金となっており、今後も増大していくことが見込まれる。

こうした中、現役世代の負担上昇を抑え、全ての世代が安心できる社会保障制度を構築するためには、現役世代に偏った負担を見直し、高齢者にも応分の負担を求めることで、給付と負担の世代間のアンバランスを是正し、公平性、納得性を高めていくことが重要であると考えている。その意味では、今回お示しいただいた資料の中に、現役世代と高齢者の負担状況がわかる資料がないので、次回以降、できればその資料も追加いただきたい。

2022年から団塊の世代が75歳に到達し始め、高齢者医療費が急増することなどを踏まえ、それまでに確実に後期高齢者の窓口負担割合を見直す必要があり、今回がまさに待ったなしの最後のチャンスと考えている。

その上で、具体的な負担割合の在り方について、現在、70歳から74歳の高齢者の窓口負担が2割であることも踏まえ、75歳以上の後期高齢者の窓口負担についても、低所得者に配慮しつつ、原則2割とする方向で見直していただきたい。

今回お示しいただいたデータについて、機械的に区切ったということであるにもかかわらず、一般区分を2割とした場合が抜けているので、次回以降お示しいただきたい。

本日お示しいただいた財政影響によると、後期高齢者支援金の軽減額は、最大でも1,430億円となっている。しかし、後期高齢者支援金の額は、協会けんぽ単独でも2.1兆円となっているので、現役世代の負担が真に軽減されるよう、財政影響も重要なファクターとして、しっかり考慮した上でご検討いただきたい。

最後に、実施時期について、できるだけ早期に施行すべきと考えるが、全世代型社会保障検討会議の中間報告にあるとおり、遅くとも団塊の世代が75歳以上の後期高齢者となり始める2022年度までには、確実に実施していただきたい。

第135回 医療保険部会(R2.11.26開催) (出席:安藤理事長)

議題 医療保険制度改革について

発言

新型コロナウイルス感染症が拡大している中で、窓口負担の増加について議論すべきではないとの議論もあるようだが、今、改革をしなければ、現役世代の負担は急速に上昇を続け、今まで以上に現役世代に偏った負担構造となる。就労所得により生活している現役世代は、企業体力の低下により収入面で特に大きな影響を受けており、このままの状況が続けば、企業の存続自体も危ぶまれる状況であり、日本経済そのものが立ち行かなくなることも危惧される。こうした状況だからこそ、立ち止まるのではなく、全ての世代が安心できる社会保障制度の構築に向けて、現役世代と高齢世代で公平に負担を分かち合うための改革をしっかりと議論し、実行に移すべきである。

第136回 医療保険部会(R2.12.2開催) (出席:安藤理事長)

議題 医療保険制度改革について

発言

後期高齢者の窓口負担の在り方につきましては、今、改革をしなければ、現役世代の負担は急速に上昇を続け、今まで以上に現役世代に偏った負担構造となる。こうした事態を回避するためには、議論を先送りすることなく、全世代型社会保障検討会議の中間報告にもあるとおり、遅くとも団塊の世代が75歳以上の後期高齢者となり始める2022年度までに、確実に2割負担を導入することが必要であると考えます。そして、その際には、現役世代の負担が真に軽減されるよう、一般区分全てを2割負担としていただくようお願いしたい。

## 第137回 医療保険部会(R2.12.17開催) (出席:安藤理事長)

**議題** 医療保険制度改革について

**発言**

後期高齢者の窓口負担割合のあり方については、政府において、2割負担導入の方針が閣議決定されたことは一定評価したいと思う。しかしながら、その対象範囲は限定されており、現役世代の負担軽減という観点からは、極めて不十分と言わざるを得ない。したがって、これを第一歩として、将来的には一般区分すべてを2割負担とすることも視野に、2割負担導入後の実施状況も検証しつつ、継続して議論すべきと考える。

また、窓口負担割合のあり方に加え、今後は、給付と負担の世代間のアンバランスを是正し、公平性、納得性を高めていく観点から、後期高齢者が負担する保険料の在り方についても検討していくべきと考える。

薬剤自己負担の引き上げについては、前回、引き続きの検討課題としていただきたいとの意見を申し上げたが、反映いただき感謝申し上げます。

## 傷病手当金の見直しの方向性

### 【支給期間の通算化】

- ・ 傷病手当金の支給期間は、支給開始日から起算して1年6ヶ月を超えない期間とされている。(その間、一時的に就労した場合であっても、その就労した期間が1年6ヶ月の計算に含まれる。)
- ・ がん治療のために入退院を繰り返すなど、長期間に渡って療養のため休暇を取りながら働くケースが存在し、**治療と仕事の両立の観点から、より柔軟な所得保障を行うことが可能となるよう、支給期間を通算化する。**
- ・ 通算化により延長される支給期限については、共済組合と同様に限度を定めず、文書により確認できる範囲内で対応することとする。

### 【その他の見直し】

- ・ 資格喪失後の継続給付の廃止は、労災以外の傷病の療養のため退職を余儀なくされた被保険者に対する給付を資格喪失と同時に打ち切ることになるが、退職後においても一定の所得保障は引き続き必要であり、労働者保護の観点から、現行制度を維持する。
- ・ 支給適正化に当たっては、各保険者で行われている審査運用のベストプラクティスの共有や裁決例のわかりやすい形での共有など、審査の効率化・適正化の方策を進める。
- ・ 年金保険との併給調整については、現在行っている保険者と日本年金機構の情報連携の効率化等に努める。なお、年金からの天引きにより調整することについては、年金受給者の受給権保護、生活原資の確保等の観点に照らし、極めて限定的に行われるべきものであること、天引きが行われていない他制度(児童扶養手当、生活保護給付及び労災給付等)との整合性なども勘案する必要があること、といった課題がある。
- ・ 労災保険との併給調整については、被保険者の同意が得られない場合には、保険者から労働基準監督署に傷病手当金の受給者の労災給付状況の照会を行うことができないといった課題があるため、併給調整事務の円滑化に向けた対応を検討し、所要の措置を講じる。

第130回 医療保険部会 (R2.9.16開催) (出席:安藤理事長)

議題 医療保険制度改革に向けたこれまでの議論等について

発言

傷病手当金の見直しについて、支給期間や継続給付のあり方だけでなく、その他にも検討すべき論点があると考えている。例えば、現下の厳しい医療保険財政等を踏まえれば、その補償範囲は真に必要なものに適正化していく必要があるので、支給額の算定基礎となる標準報酬月額について、一定の上限を設けることをご検討いただきたい。

また、以前この部会において、傷病手当金と他制度との併給調整について意見を申し上げたが、主な意見にも反映いただけていないので、改めて申し上げる。現在、傷病手当金を支給した後に、障害年金や労災の休業給付が支給されることにより、二重払いが発生し、協会が支給した傷病手当金を回収しなければならないケースがある。この回収金の発生を防ぐために、年金や労災の保険者との間で保険者間調整を可能にするなどの見直しの検討をお願いしているところ。一時的であれ、加入者に債務を負わせる仕組みについては、早急に解消する必要があると考えるので、確実に併給調整できる仕組みの検討をお願いする。

なお、本日の論点ではないが、出産手当金については、加入期間に係る要件がなく、資格取得直後でも支給が受けることが可能。このため、出産直前になって被保険者資格を取得する人もおり、制度としてどうかという疑問を感じざるを得ない。受給前に一定期間加入していることを要件とするなど、何らかの見直しを検討すべき。

## 第132回 医療保険部会 (R2.10.28開催) (出席:安藤理事長)

### 議題 医療保険制度改革について

#### 発言

傷病手当金と年金の併給調整について、協会けんぽでは、毎月、過去5年分の傷病手当金給付状況と年金給付情報の突合を行っている。これは年金受給者の申告がなかったケースに加え、年金が過去に遡って支給決定されたケースについても適切に併給調整を行うため実施しており、マイナンバーによる情報連携では、後者のケースには対応できない。また、以前より申し上げているとおり、一時的であれ加入者に債務を負わせる仕組みは早急に解決すべきであると考え、年金からの天引きによる調整を可能とさせていただくことを強く要望する。

今回は年金との調整のみが議題となっているが、労災給付との併給調整については、年金以上に困難な状況となっている。平成30年に会計検査院から厚生労働省に対しても併給調整に関わる体制を整備するよう指摘がなされたが、2年経過した現在でも体制整備は実現していない。早急に労働部局との調整を進めていただきたい。なお、傷病手当金の支給期間の見直しについては、がん患者等の仕事と治療の両立、就業継続等を支援するという観点から十分理解できる。ただ、見直しを行う場合はシステム改修が必要となるため、施行日を決める際には、そうした事情にもご配慮いただきたい。

## 第135回 医療保険部会(R2.11.26開催) (出席:安藤理事長)

### 議題 医療保険制度改革について

### 発言

傷病手当金と年金の併給調整について、保険者と日本年金機構との情報連携の効率化等に努めるとのことだが、実効ある仕組みとしていくために、関係者がひざを突き合わせて丁寧な議論を積み重ねていくことが重要である。そうした議論により解決すべき課題は本件以外にも多々あるので、両者の連携がより一層深まるよう、実務者クラスや役員クラスによる連絡会議を定期的を開催するなど、厚生労働省保険局及び年金局の主導により、具体的な議論の場を設けていただきたい。

なお、年金からの天引きが現時点で困難であることは一定理解したが、年金が過去に遡って支給決定されたケースについて、効率的に併給調整を行い、一時的にせよ加入者に債務を負わせないようにするためには、最も確実な手段であると考えているので、児童扶養手当等の他の制度の取り扱いも含めて、全省的な議論を継続して行っていただきたい。

1. 不妊治療への保険適用等

子供を持ちたいという方々の気持ちに寄り添い、不妊治療への保険適用を早急に実現する。具体的には、令和3年度(2021年度)中に詳細を決定し、令和4年度(2022年度)当初から保険適用を実施することとし、工程表に基づき、保険適用までの作業を進める。保険適用までの間、現行の不妊治療の助成制度について、所得制限の撤廃や助成額の増額(1回30万円)等、対象拡大を前提に大幅な拡充を行い、経済的負担の軽減を図る。また、不育症の検査やがん治療に伴う不妊についても、新たな支援を行う。

<工程表>



## 第131回 医療保険部会(R2.10.14開催) (出席:安藤理事長)

**議題** 医療保険制度改革について

**発言**

少子化対策の観点から、不妊治療の経済的負担の軽減を図ることは重要であり、疾病に対する治療という観点から、医療保険を適用するという考えも理解できるところ。ただし、そのためには、しっかりと実態を明らかにしていただく必要があると思うので、現在行われている調査研究の結果を待って具体的に議論すればよいのではないかと考える。

また、不妊治療に限らず、新たな革新的技術や薬剤を保険適用し、広く国民が享受できるようにすることは、まさに医療保険が果たすべき役割であると考え。一方、医療保険財政には限りがあるので、薬剤給付の見直しなど、医療費の適正化に資する改革も同時に検討していくべき。

## 任意継続被保険者制度の見直しの方向性

### 【見直しの基本的な考え方】

- 退職した被保険者が国保に移行することによる給付率の低下の緩和という従来の意義の一部が失われており、現在は国保への移行に伴う保険料負担の激変緩和が実質的な意義となっている。現在の働き方にあった制度の見直しを行う。
- 制度見直しに当たっては、雇用形態の変化等の現在の実状に沿った見直しを基本としつつ、有期雇用の労働者など短期間での転職が多い被保険者や保険者の事務負担への配慮を行う。

### 【見直しの方向性】

#### (保険料の算定基礎)

- 保険料の算定基礎については、健康保険組合によっては、管掌企業の雇用形態や、組合の財政状況を踏まえ、退職前に高額の給与が支払われていた者についても、退職前と同等の応能負担を課すことが適当な場合もあると考えられることから、健康保険組合の実状に応じて柔軟な制度設計が可能となるよう見直しを行う。
- 具体的には、**保険料の算定基礎を「①当該退職者の従前の標準報酬月額又は②当該保険者の全被保険者の平均の標準報酬月額のうち、いずれか低い額」から「健保組合の規約により、従前の標準報酬月額」とすることもできることとする。**

#### (被保険者期間)

- 被保険者期間の見直し（最大2年⇒最大1年）については、1年経過後の国保加入時に支払い保険料が高くなってしまいうケースが一定数発生し、退職後の被保険者の選択の幅を制限することにつながるため、一律の制限は行わないこととする。この上で、被保険者の生活実態に応じた加入期間の短縮化を支援する観点から、被保険者の任意脱退を認めることとする。
- 具体的には、**資格喪失事由に「被保険者からの申請による任意脱退」を追加**する。保険料未納による資格喪失を行った場合、国保の資格を遡及適用させる、既保険者から支払審査機関へのレセプト返戻を行うなど、資格適用、保険料徴収及び保険給付の側面で事務負担が発生している。こうした事務を効率化するという観点からも利点がある。

#### (加入要件)

- 加入要件の見直し（2ヶ月以上⇒1年以上）については、有期雇用の労働者などの短期間での転職が多い被保険者が制度を利用できなくなり、被保険者の選択の幅を制限することになるため行わないこととする。

## 第130回 医療保険部会(R2.9.16開催) (出席:安藤理事長)

**議題** 医療保険制度改革に向けたこれまでの議論等について

**発言**

任意継続被保険者制度の見直しについて、制度本来の意義が失われた以上、廃止の方向で議論することが自然な流れであるが、様々な就労形態の方がいらっしゃることを考慮すると、直ちに廃止することは難しいようにも思うので、将来的な廃止を前提としつつ、見直しを進めていただきたい。具体的には、加入前の被保険者資格期間を2か月から1年に、任意継続被保険者の加入期間を2年から1年に変更するなどの見直しを検討いただきたい。

なお、船員保険については、一定期間休みなく海上で就労し、一定期間失業するというサイクルで繰り返す場合も多く、健康保険の加入者とは仕事の性質が大きく異なるので留意が必要と考える。

## 1月以下の育休取得に係る保険料免除の方向性

- 現在検討中の子の出生直後の時期における「**現行の育児休業よりも柔軟で取得しやすい新たな仕組み**」(以下、**新たな仕組み**)について、社会保険の観点からは現行の育児休業と同趣旨のものと考えられるため、育休取得推進のため新たな仕組みによる休業取得者の経済的負担に配慮して、**保険料免除の対象とする**。

(課題①への対処)

- これまで育休取得にかかる保険料免除については、月末時点の育休取得状況のみにより判断してきたが、新たな仕組みによる休業を含め1月以下の育休取得でも取得のタイミングによらず保険料免除制度を活用できるよう、育休開始日の属する月については、**その月の末日が育休期間中である場合に加えて、その月中に一定以上育休を取得した場合にも保険料を免除する**。

月末時点の育休取得を引き続き免除対象とするのは、子どもの生まれるタイミングによっては初月に一定以上の育休を取得できないことも考えられ、現在の免除対象となっている者も引き続き免除制度を活用できるようにするため。

- 月の半分にあたる**2週間以上の育休取得を保険料免除の基準**とする。
  - **同月内に取得した育児休業及び新たな仕組みによる休業等は通算して育休期間の算定**に含めるものとする。
  - 育休中の保険料免除は、育休中の無給期間など経済的負担への配慮が趣旨であるため、新たな仕組みにおける休業において仮に休業中の就労を認め、予定した就労を可能とする場合、「**予定した就労**」の日については**育休期間の算定から除くものとする**。ただし、災害等により一時的・臨時的に就労した場合は、事前に予期できない理由であることや事務負担軽減の観点から、事後的に育休期間の算定から除く必要はないものとする。  
※ これまでも一時的・臨時的に就労した場合も育休期間としてみなしてきた。

(課題②への対処)

- 賞与保険料については、実際の賞与の支払に応じて保険料が賦課されるものであり、短期間の育休取得であればあるほど、賞与保険料の免除を目的として育休取得月を選択する誘因が働きやすいため、連続して**1ヶ月超の育休取得者に限り、賞与保険料の免除対象とする**。

### 第132回 医療保険部会 (R2.10.28開催) (出席:安藤理事長)

議題	医療保険制度改革について
発言	育児休業の取得促進の取り組みに関して、保険者としても重要なことであると認識しているので賛成である。一方、保険料免除については、現行の健康保険法の規定では、不適切な利用が広まる可能性があるため、次期の法改正においては、実態を踏まえた見直しを行っていただきたい。

## 出産育児一時金の見直しについて

○ 産科医療補償制度の補償対象基準について、日本医療機能評価機構において検討会を設置し、補償対象基準の見直しと本制度の実績について検証を行い、報告書が12月4日にとりまとめられた。報告書においては、補償対象基準を見直し、低酸素状況を要件としている個別審査を廃止し一般審査に統合すること、新たな基準を2022年1月以降の分娩より適用すること、保険料水準を2.2万円(掛金1.2万円、返還保険料(剰余金)充当額1.0万円)とすることとされている。

### ○現行基準の課題

- ・在胎週数28週～32週又は出生体重1400g未満の場合は個別審査となるが、個別審査で補償対象外とされた児の約99%が、医学的には「分娩に関連して発症した脳性麻痺」と考えられる事案であり、個別審査の見直しが必要であった。
- ・これらは、胎児心拍数モニター等で感知できる範囲に限界があること、および個別審査は一定の低酸素状況を基準としているので、低酸素状況以外の状態で「分娩に関連して発症した脳性麻痺」は補償対象外となることが主な理由と考えられる。
- ・28週～32週の早産児については、個別審査の対象としているが、近年の周産期医療の進歩により、医学的には「未熟性による脳性麻痺」ではなくなり、また、実際の医療現場においては、成熟児と同じような医療が行われている。

### ○見直し内容

- ・補償対象基準は低酸素状況を要件としている個別審査を廃止し、一般審査に統合する。

#### <補償対象範囲>

- ・以下の3つの基準をすべて満たすものを補償対象とする。
  - (補償対象基準) : 在胎週数が28週以上であること(32週から繰り上げるとともに体重基準及び個別審査基準を廃止)
  - (除外基準) : 先天異常や新生児期要因によらない脳性麻痺であること(変更無し)
  - (重症度基準) : 身体障害者手帳1・2級相当の脳性麻痺であること(変更無し)

#### <適用時期>

- ・2022年1月以降の分娩より適用

#### <補償対象者数の目安>

- ・年間455人(推定区間380人～549人)

#### <保険料水準>

- ・2.2万円(掛金1.2万円 / 返還保険料(剰余金)充当額1.0万円)  
 ※現行は2.4万円(掛金1.6万円/返還保険料(剰余金)充当額0.8万円)

## 第136回 医療保険部会(R2.12.2開催) (出席:安藤理事長)

### 議題 医療保険制度改革について

### 発言

産科医療補償制度について、これまで蓄積された医学的エビデンスや医療の進歩等を踏まえると、現行の補償対象基準が必ずしも合理的とは言えなくなっている現状であると認識しており、今回の見直し案に異論はない。ただ、今回の見直しにより、出産育児一時金の一部である産科医療補償制度の掛け金が引き下がることを踏まえれば、その分、出産育児一時金の額も引き下げることが自然であると考えている。

また、平成26年に産科医療補償制度を見直した際には、医療保険部会において、次回の改定までに、出産育児一時金の金額の変更に関わる算定ルールの明確化や算定根拠を確立するという条件を付して了承されたという経緯があると承知している。今後、出産費用の実態を明らかにするための詳細なデータを収集し、収集したデータに基づき、出産育児一時金の額の設定に関するルールを検討するという方向性に異論はないが、スケジュールを明確にした上で取り組んでいただきたい。

# 外来機能の明確化・連携

## 1. 外来医療の課題

- 患者の医療機関の選択に当たり、外来機能の情報が十分得られず、また、患者にいわゆる大病院志向がある中、一部の医療機関に外来患者が集中し、患者の待ち時間や勤務医の外来負担等の課題が生じている。
- 人口減少や高齢化、外来医療の高度化等が進む中、かかりつけ医機能の強化とともに、外来機能の明確化・連携を進めていく必要。

## 2. 改革の方向性(案)

- 地域の医療機関の外来機能の明確化・連携に向けて、データに基づく議論を地域で進めるため、
  - ① **医療機関が都道府県に外来医療の実施状況を報告**する。(現在行われている「病床機能報告」の外来版)
  - ② ①の外来機能報告(仮称)を踏まえ、**「地域の協議の場」において、外来機能の明確化・連携に向けて必要な協議**を行う。
 → ①・②において、協議促進や患者の分かりやすさの観点から、**紹介患者への外来を基本とする医療機関(「医療資源を重点的に活用する外来(仮称)」を地域で基幹的に担う医療機関)を明確化**
  - ・ 医療機関が外来機能報告の中で報告し、国の示す基準を参考にして、地域の協議の場で確認することにより決定

➡ 患者の流れがより円滑になることで、病院の外来患者の待ち時間の短縮や勤務医の外来負担の軽減、医師働き方改革に寄与



〈「医療資源を重点的に活用する外来(仮称)」のイメージ〉

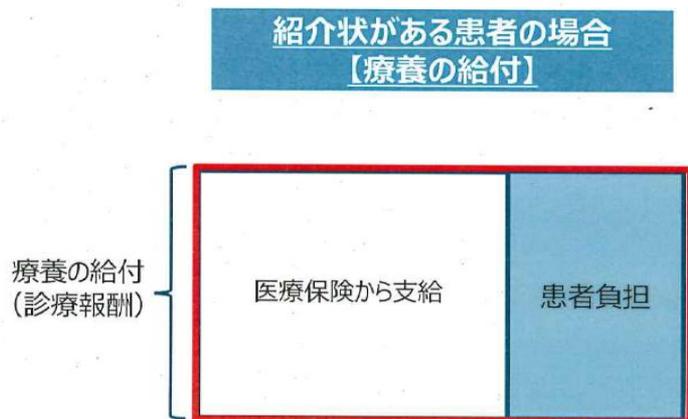
- 医療資源を重点的に活用する入院の前後の外来 (悪性腫瘍手術の前後の外来 など)
- 高額等の医療機器・設備を必要とする外来 (外来化学療法、外来放射線治療 など)
- 特定の領域に特化した機能を有する外来 (紹介患者に対する外来 など)

## 大病院への患者集中を防ぎかかりつけ医機能の強化を図るための定額負担の拡充について

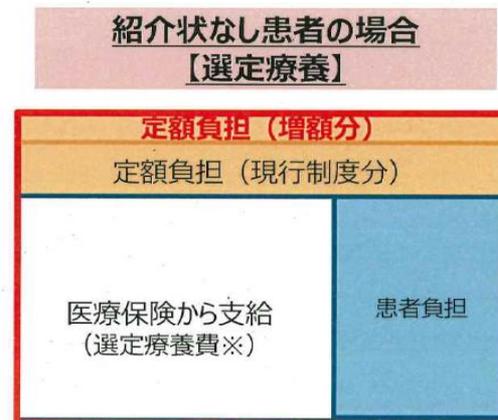
### 見直し案

- 患者が安心して必要な医療機関を受診できる環境を作り、診察の待ち時間を減らすためには、患者自身が医療機関の選択等を適切に理解して医療にかかること（上手な医療のかかり方）が必要。
- **日常行う診療はかかりつけ医機能を担う身近な医療機関で受け、必要に応じて紹介を受けて、患者自身の状態にあった他の医療機関を受診し、さらに逆紹介によって身近な医療機関に戻るという流れをより円滑にするため、現行の紹介状なしで大病院を受診する場合の定額負担（選定療養）を以下のように見直してはどうか。**
  - ①新たに設けられる「紹介患者への外来を基本とする医療機関」にも、対象医療機関を拡大する。  
※一般病床200床以上のみ
  - ②**かかりつけ医機能を担う地域の医療機関を受診せず、あえて紹介状なしで大病院を受診する患者の初・再診については、一定額を保険給付範囲から控除し、同額以上に定額負担の額を増額する。（例外的・限定的な取扱）**  
※一定額の例：初診の場合、少なくとも生じる程度の額として2,000円  
※外来初診患者数全体に占める定額負担徴収患者の比率は、定額負担5,000～7,000円の場合は10.9%であるが、7,000円～10,000円の場合は5.3%
  - ③さらに、大病院からかかりつけ医機能を担う地域の医療機関への逆紹介を推進するとともに、再診を続ける患者への定額負担を中心に、除外要件の見直し等を行う。

外来機能分化に沿った受診



例外的・限定的な取扱



※ 現行の算定額から一定額を控除した額を基準として選定療養費を支給

## 定額負担の対象病院拡大について

- 大病院と中小病院・診療所の外来における機能分化を推進する観点から、紹介状がない患者の大病院外来の初診・再診時の定額負担制度の拡充する必要がある。
- 現在、外来機能報告(仮称)を創設することで、新たに「**紹介患者への外来を基本とする医療機関**」(「医療資源を重点的に活用する外来」(仮称)を地域で基幹的に担う医療機関)を、**地域の実情を踏まえつつ、明確化**することが検討されている。
- 紹介患者への外来を基本とする医療機関は、紹介患者への外来医療を基本として、状態が落ち着いたら逆紹介により再診患者を地域に戻す役割を担うこととしており、こうした役割が十分に発揮され、保険医療機関間相互間の機能の分担が進むようにするために、**当該医療機関のうち、現在選定療養の対象となっている一般病床数200床以上の病院を、定額負担制度の徴収義務対象に加える**こととする。

現在の定額負担  
(義務)対象病院

現在の定額負担  
(任意)対象病院

病床数(※)	特定機能病院	地域医療支援病院	その他	全体
400床以上	86 (1.0%)	328 (3.9%)	124 (1.5%)	538 (6.4%)
200~399床	0 (0%)	252 (3.0%)	564 (6.7%)	816 (9.7%)
200床未満	0 (0%)	27 (0.3%)	7,031 (83.6%)	7,058 (83.9%)
全体	86 (1.0%)	607 (7.2%)	7,719 (91.8%)	8,412 (100%)

拡大  
紹介患者への  
外来を基本と  
する医療機関

出典:特定機能病院一覧等を基に作成(一般病床規模別の病院数は平成29年度医療施設調査より集計)

※ 病床数は一般病床の数であり、特定機能病院は平成31年4月、地域医療支援病院は平成30年12月時点。

## 第130回 医療保険部会 (R2.9.16開催) (出席:安藤理事長)

**議題** 医療保険制度改革に向けたこれまでの議論等について

**発言** 大病院における受診時定額負担の拡大について、議論の順序として、まず、「医療計画の見直し等に関する検討会」において、外来機能及びかかりつけ医機能の明確化を図ることとされていたが、新型コロナウイルスの感染拡大の影響もあり、4月に予定していた取りまとめが延期されたところ。検討会での議論を経て、本部会で年末までに結論を出すためには、残された時間は多くはないので、検討会での議論を早急に再開していただきたい。

## 第22回 医療計画の見直し等に関する検討会 (R2.10.30開催) (代理出席:増井企画部長)

**議題** 外来機能の明確化・連携、かかりつけ医機能の強化について

**発言** 地域において医療全体を議論する際には、入院と外来を一体的に議論することが重要と考えている。今回の「医療資源を重点的に活用する外来」に着目して、その外来機能の明確化・連携に取り組むという提案については、1つの考え方として理解できる。このような仕組みにおいては、国民・患者にとっては、地域で基幹的に担う医療機関を明確にすることによって、紹介を受けて受診すべき医療機関が分かりやすくなる。保険者としては、地域で基幹的に担う医療機関はかかりつけ医から紹介を受けて受診するものであって、状態が落ち着いたら逆紹介を受けてかかりつけ医に戻ることで、被保険者に対して周知・説明していくこととなる。

外来機能報告の手法については、病床機能報告と同様であるため、既存の制度との連続性を考えると、既に病床機能報告の対象となっている一般病床、療養病床を有する病院と、有床診療所を報告の対象から外す理由はないと考える。新型コロナへの対応は重要な課題ではあるが、新型コロナの対応によって議論が遅れるようなことはあってはならない。まずは早急に制度の大枠を固めた上で詳細はワーキンググループなどで検討していけばよいと考えている。

## 第23回 医療計画の見直し等に関する検討会 (R2.11.19開催) (出席:中島理事)

**議題** 外来機能の明確化・連携、かかりつけ医機能の強化等について

**発言** この「医療資源を重点的に活用する外来」については、現時点では、医療機関ごとにその該当の有無を判断するということが、やむを得ないと考えているが、将来的には診療科ごとに、該当の有無を判断していくことも検討すべき課題ではないかと考えている。このため、診療科ごとのデータ分析も並行して進めていく必要があるのではないかと考えている。

### 社会保障 3. 医療・福祉サービス改革

KPI第2階層	KPI第1階層	工程(取組・所管府省、実施時期)	21	22	23
<p>○後発医薬品の使用割合 新たな目標について、目標の達成状況や地域差等を踏まえ、年度内に結論。それを踏まえてKPIを設定。</p>	<p>○後発医薬品の品質確認検査の実施 【年間約900品目】</p>	<p>54. 後発医薬品の使用促進</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. 普及啓発の推進や医療関係者への情報提供等による環境整備に関する事業を実施。</li> <li>b. 保険者協議会や後発医薬品使用促進の協議会を活用するなどの現場の取組を促す。</li> <li>c. 保険者インセンティブの活用や、保険者ごとの使用割合の公表等により、医療保険者の使用促進の取組を引き続き推進。</li> <li>d. 後発医薬品の使用を推進する観点から実施した、2020年度診療報酬改定における後発医薬品使用体制加算や後発医薬品調剤体制加算に係る基準の見直し等に基づき、取組を推進しつつ、効果の検証を行う。検証結果に基づき必要な対応を検討。</li> <li>e. 信頼性向上のため、市場で流通する製品の品質確認検査を行い、その結果について、医療用医薬品最新品質情報集(ブルーブック)に順次追加して公表。</li> <li>f. 後発医薬品利用差額通知の送付など、後発医薬品の使用促進を図るための取組支援。</li> <li>g. 改正生活保護法(平成30年10月施行)に基づく生活保護受給者の後発医薬品の使用原則化について、引き続き地方自治体において確実に取組むよう促す。</li> <li>h. 後発医薬品の使用が進んでいない地域等の要因をきめ細かく分析し、その要因に即した対応を検討し、実施。</li> <li>i. 「2020年9月までに後発医薬品使用割合を80%以上」の目標達成後の新たな目標について、これまでに分かってきた課題も踏まえつつ、その内容について検討。</li> <li>j. 後発医薬品も含めた、医薬品の適正使用に資するフォーミュラガイドラインを策定</li> <li>k. 後発医薬品使用割合の見える化・公表を医療機関等の別に着目して拡大することを検討。</li> <li>l. 後発医薬品や新薬等の使用が医療費に与える影響等について分析・検討</li> </ul> <p>《厚生労働省》</p>			43

### 社会保障 3. 医療・福祉サービス改革

KPI第2階層	KPI第1階層	工程(取組・所管府省、実施時期)	21	22	23
		48. 医薬品・医療機器等の開発の促進に資する薬事規制の体制の整備・合理化 a. 2020年9月施行の改正医薬品医療機器等法で導入された ①医療機器の特性やAI等による技術革新等に適切に対応する医療機器の承認制度 ②「先駆的医薬品等指定制度」や「条件付き承認制度」の安定的な運用に取り組む。《厚生労働省》			
○バイオシミラーの品目数(成分数ベース) 【2023年度末までに品目数を2010年7月時点からの倍増(20成分)】	○バイオシミラー等のバイオ医薬品の技術研修に参加する企業数【年10社以上】	49. バイオ医薬品の研究開発の推進等 a. バイオ医薬品のデザイン技術開発等に関する研究を推進。 b. 国内に不足しているバイオ医薬品の製造・開発技術を担う人材育成を実施。 《厚生労働省》			
		50. バイオシミラーの研究開発・普及の推進等 a. バイオシミラーの医療費適正化効果額・金額シェアを公表。 b. バイオシミラーの有効性、安全性、品質等に関する教材を作成。 c. バイオシミラーの研究開発の推進。 d. バイオシミラーに係る新たな目標の在り方を検討し結論を得る。 《厚生労働省》			
		51. 薬価制度抜本改革の更なる推進 i. 医薬品等の費用対効果の本格実施に向けた検討 a. 医薬品等の費用対効果評価の活用について、関係審議会等において、事例の集積、影響の検証、現行制度に係る課題を整理する必要があるとされたことも踏まえて、引き続き検討。《厚生労働省》			

第138回 医療保険部会(R2.12.23開催) (出席:安藤理事長)

議題 医療保険制度改革について

発言

40歳未満の事業主健診データの保険者への集約について意見を申し上げる。協会けんぽでは、40歳以上の事業主健診情報について、保険者に実施義務のある特定健診の情報として活用できることから、事業主やその委託を受けた健診機関におけるデータ作成費用を一部補助している。

一方、今回新たに保険者に提供される40歳未満の事業主健診情報については、すべての年代の労働者が自身の健康状況をマイナポータルで把握・管理できるようにすることが主眼であり、本来、事業主やその委託を受けた健診機関がオンライン資格確認等システムに事業主健診情報を登録すべきところを、効率化の観点から保険者が持つ40歳以上の事業主健診情報の登録スキームを活用することとした経緯があるものと認識している。

また、保険者においては、事業主から提供のあった事業主健診情報を活用し、より効果的な保健事業を実施することが期待されていると思うが、これはあくまで事業主から健診情報が提供された場合にそれを活用するというにとどまり、特定健診・特定保健指導の実施義務がある40歳以上とは性質が異なるものと認識している。こうした観点から、40歳未満の事業主健診情報を集約すること自体の責任は、保険者が負うものではないこと、言い換えれば、保険者がデータ作成費用を負担してまで40歳未満の事業主健診情報を入手しなければならない義務を負う仕組みではなく、むしろ、事業主の皆様に従業員の健康づくりを行う一環として、自発的かつ積極的に保険者に情報提供していただくことが前提になる仕組みであることを明確に確認しておきたいと思う。

# 令和3年度 薬価改定

# 令和3年度薬価改定の骨子(案)

## 1. 基本的考え方

「薬価制度の抜本的改革に向けた基本方針」(平成28年12月20日内閣官房長官、経済財政政策担当大臣、財務大臣、厚生労働大臣決定)において「市場実勢価格を適時に薬価に反映して国民負担を抑制するため、(中略)薬価改定を行う。そのため、(中略)価格乖離の大きな品目について薬価改定を行う」とされ、また、「経済財政運営と改革の基本方針2020」(令和2年7月17日閣議決定)においては「2021年度の薬価改定については、骨太方針2018等の内容に新型コロナウイルス感染症による影響も勘案して、十分に検討し、決定することとされている。

これを踏まえて、今般決定された「毎年薬価改定の実現について」(令和2年12月17日内閣官房長官、財務大臣、厚生労働大臣合意)に基づき、(中略)2021年度薬価改定を行うこととする。

## 2. 具体的内容

〈対象品目〉

改定の対象範囲については、国民負担軽減の観点からできる限り広くすることが適当である状況のもと、平均乖離率(8.0%)の0.5倍~0.75倍の間である0.625倍(乖離率5.0%)を超える、価格乖離の大きな品目を対象とする。

〈改定方式〉

「経済財政と改革の基本方針2020」に基づき、新型コロナウイルス感染症による影響を勘案し、令和2年度薬価調査の平均乖離率が、同じく改定半年後に実施した平成30年度薬価調査の平均乖離率を0.8%上回ったことを考慮し、これを「新型コロナウイルス感染症による影響」とみなした上で、「新型コロナウイルス感染症特例」として薬価の削減幅を0.8%分緩和する。

【薬剤費の削減▲4,300億円程度(国費▲1,000億円程度)】

## 3. 今後の薬価改定に向けて

今後の薬価改定に向け、「国民皆保険の持続可能性」と「イノベーションの推進」を両立し、国民が恩恵を受ける「国民負担の軽減」と「医療の質の向上」を実現する観点から、既収載品目に係る算定ルールの適用の可否等も含め検討を行う。

# 薬価制度の抜本改革に向けた基本方針

(平成28年12月20日、内閣官房長官、経済財政政策担当大臣、財務大臣、厚生労働大臣決定)

昨今、革新的かつ非常に高額な医薬品が登場しているが、こうした医薬品に対して、現在の薬価制度は柔軟に対応できておらず、国民負担や医療保険財政に与える影響が懸念されている。

「国民皆保険の持続性」と「イノベーションの推進」を両立し、国民が恩恵を受ける「国民負担の軽減」と「医療の質の向上」を実現する観点から、薬価制度の抜本改革に向け、P D C Aを重視しつつ、以下のとおり取り組むものとする。

## 1. 薬価制度の抜本改革

(1) 保険収載後の状況の変化に対応できるよう、効能追加等に伴う一定規模以上の市場拡大に速やかに対応するため、新薬収載の機会を最大限活用して、年4回薬価を見直す。

(2) 市場実勢価格を適時に薬価に反映して国民負担を抑制するため、全品を対象に、毎年薬価調査を行い、その結果に基づき薬価改定を行う。  
そのため、現在2年に1回行われている薬価調査に加え、その間の年においても、大手事業者等を対象に調査を行い、価格乖離の大きな品目(注)について薬価改定を行う。

(注) 具体的内容について、来年中に結論を得る。

また、薬価調査に関し、調査結果の正確性や調査手法等について検証し、それらを踏まえて薬価調査自体の見直しを検討し、来年中に結論を得る。

(3) 革新的新薬創出を促進するため、新薬創出・適応外薬解消等促進加算制度をゼロベースで抜本的に見直すこととし、これとあわせて、費用対効果の高い薬には薬価を引き上げることを含め費用対効果評価を本格的に導入すること等により、真に有効な医薬品を適切に見極めてイノベーションを評価し、研究開発投資の促進を図る。

なお、費用対効果評価を本格的に導入するため、専門的知見を踏まえるとともに、第三者的視点に立った組織・体制をはじめとするその実施のあり方を検討し、来年中に結論を得る。

## 2. 改革とあわせた今後の取組み

(1) 薬価算定方式の正確性・透明性を徹底する。具体的には、製薬企業にとって機密性の高い情報に配慮しつつ、薬価算定の根拠の明確化や薬価算定プロセスの透明性向上について検討し、結論を得る。また、特に高額医薬品等について、制度の差異を踏まえつつ外国価格をより正確に把握するなど、外国価格調整の方法の改善を検討し、結論を得る。

(2) 薬価制度の改革により影響を受ける関係者の経営実態についても機動的に把握し、その結果を踏まえ、必要に応じて対応を検討し、結論を得る。

(3) 我が国の製薬産業について、長期収載品に依存するモデルから、より高い創薬力を持つ産業構造に転換するため、革新的バイオ医薬品及びバイオシミラーの研究開発支援方策等の拡充を検討するとともに、ベンチャー企業への支援、後発医薬品企業の市場での競争促進を検討し、結論を得る。

(4) 安定的な医薬品流通が確保されるよう、経営実態に配慮しつつ、流通の効率化を進めるとともに、流通改善の推進、市場環境に伴う収益構造への適切な対応を進める。特に、適切な価格形成を促進するため、単品単価契約の推進と早期妥結の促進について効果的な施策を検討し、結論を得る。

(5) 評価の確立した新たな医療技術について、費用対効果を踏まえつつ国民に迅速に提供するための方策の在り方について検討し、結論を得る。

### 第3章「新たな日常」の実現

#### 4. 「新たな日常」を支える包摂的な社会の実現

##### (1) 「新たな日常」に向けた社会保障の構築

##### ① 「新たな日常」に対応した医療提供体制の構築等

##### (柔軟かつ持続可能な医療提供体制の構築)

(略)

また、本年の薬価調査を踏まえて行う2021年度の薬価改定については、骨太方針2018等の内容に新型コロナウイルス感染症による影響も勘案して、十分に検討し、決定する。

## 毎年薬価改定の実現について

(令和2年12月17日 内閣官房長官、財務大臣、厚生労働大臣合意)

毎年薬価改定の初年度である令和3年度薬価改定について、令和2年薬価調査に基づき、以下のとおり実施する。

改定の対象範囲については、国民負担軽減の観点からできる限り広くすることが適当である状況のもと、平均乖離率8%の0.5倍~0.75倍の間である0.625倍(乖離率5%)を超える、価格乖離の大きな品目を対象とする。

また、「経済財政運営と改革の基本方針2020」(令和2年7月17日)に基づき、新型コロナウイルス感染症による影響を勘案し、令和2年薬価調査の平均乖離率が、同じく改定半年後に実施した平成30年薬価調査の平均乖離率を0.8%上回ったことを考慮し、これを「新型コロナウイルス感染症による影響」と見なした上で、「新型コロナウイルス感染症特例」として薬価の削減幅を0.8%分緩和する。

第171回 中医協 薬価専門部会(R2.12.2開催) (出席:吉森理事)

議題 2021年度薬価改定について

発言

今回の薬価調査結果を見ますと、外形的には平均乖離率や回収率、妥結率、納入価率等の数値は例年並みの水準で、特段コロナということで注目すべき数値変化は外形上見当たらず、今年度の薬価調査は2021年度の薬価改定に資するものであり、調査結果のデータ上は従来と同様の薬価改定が可能であると考えられる。

また、先日の業界団体ヒアリングにおいて、日本製薬団体連合会等から、乖離「率」に着目した改定を実施すべきとの提言があったが、私どもとしては、これまでも申し上げているとおり、乖離「額」にも着目すべきと考えている。その際、乖離「率」を基準を定めるに当たっては、財政審の建議や経済財政諮問会議における議論にもあるように、真に国民負担の軽減が図られるよう、より多くの品目が対象となるような線引きを検討すべきだと思う。具体的には薬価の水準が高いため乖離率が相対的に小さくなりがちな先発医薬品と、反対に大きくなりがちな後発医薬品などをカテゴリー別に分けた上で、別々の基準を設けるなど検討し、医薬品ごとの特性に関するデータを踏まえ、特性に応じたルールの設定等について検討すべきと考えている。

第173回 中医協 薬価専門部会(R2.12.11開催) (出席:吉森理事)

議題 関係団体からの意見聴取について(2021年度薬価改定)

発言

骨太の方針2020において、「新型コロナウイルス感染症の影響も勘案して」とあるが、薬価改定において最も重要視すべき客観的データである薬価調査の結果を踏まえれば、新型コロナウイルスが最終的な薬価に与えた影響は限定的なものであると考えられる。そうであるならば、薬価制度の抜本改革骨子等で示されている「対象品目の範囲については、国民負担の軽減の観点から、できる限り広くすることが適当」との方針に沿った具体的な方策を考えていくことが本来のあるべき姿ではないかと考えている。

また、我々、保険者としては定時の中間年改定の在り方については、「国民負担の軽減」の観点という基本的な考え方の下、乖離の率のみならず、「額」にも注目した方法がないのか、先発・後発医薬品で別々の基準を設けるなどの丁寧できめの細かい対応方針、医薬品の特性に応じたルールを検討することなどを提案してきた。その上で、今回の中間年改定でコロナ禍における特例的な対応をすることについては理解できると主張してきた。どのような影響があったか、具体的かつエビデンスベースで議論をしなければならない。

第175回 中医協 薬価専門部会(R2.12.18開催) (出席:吉森理事)

議題 2021年度薬価改定の骨子(案)について

発言

薬価専門部会でエビデンスに基づく十分な議論が尽くせなかったことは非常に残念に思う。一方で令和2年度薬価調査に基づいて3大臣合意がなされ、国民負担の軽減の観点からできる限り対象品目の範囲を広げ、全品の7割弱、1万2180品目を対象にすることについては、一定の評価ができるものと考えている。

一方、1号側委員から、再三にわたり調整幅の在り方を論点にすべきと主張してきたが、薬価専門部会の議論では全く取り上げなかったにも関わらず、現行の2.0%から2.8%に緩和する決定をされたことは遺憾である。2%の調整幅に加えて、緩和した0.8%分について、資料には新型コロナ特例としてという書きぶりになっている。調整幅にプラス一定幅と記載あるが、この一定幅の考え方について。今回限りの特例であり、次回以降の改定についての基本的な考え方にはならないという理解で間違いないか確認したい。

また、次回以降の本改定、中間改定については、適用算定ルール等も含めて、薬価改定の在り方について、時間をとっていただき、ゼロベースでの議論を尽くすことを強く要望したい。

第469回 中医協 総会(R2.12.14開催) (持ち回り開催:吉森理事)

議題 新型コロナウイルス感染症に伴う医療保険制度の対応について

発言 本案件は、本来中医協総会においてしっかりと議論すべきであるが、事務局からの提案内容に対する理解及び議論が時間の制約上尽くせなかったことについて誠に遺憾である。なお、緊急の案件について、やむを得ず持ち回り開催となることは理解するが、web会議を活用すれば、急遽の開催も可能であることから、持ち回り開催ありきではなく、中医協総会の開催可否をしっかりと検討するとともに、検討時間を確保し、十分に議論を尽くすことが必要であると考えます。

第470回 中医協 総会(R2.12.18開催) (出席:吉森理事)

議題 新型コロナウイルス感染症に伴う医療保険制度の対応について

発言 医療機関においては新型コロナが発生する以前から感染対策を行っていることを前提に、コロナ発生以降、多大なご努力によって感染対策を講じていることと認識している。その上で、今回、新型コロナ感染拡大を踏まえた追加的な感染症対策の徹底は評価することだと理解している。手引き等に基づき、新型コロナ感染に特化した感染症対策を講じていること、また、患者への説明を十分に行っていることを具体的に算定要件と設定すべきと考える。患者が安心感、信頼感を持って受診できるよう、算定要件の明確化をお願いしたい。

また、14日の持ち回り開催において、小児診療等に係る評価及び新型コロナからの回復患者の転院支援に係る評価が承認されたが、このような案件は、本来、中医協総会においてしっかりと議論し、事務局からの提案内容に対する理解・議論を尽くすことで我々の役割を果たすことが筋である。それが時間の制約上、尽くせなかったことは誠に遺憾である。特に、小児診療等については、納得のいく説明がないままに決定されたことは誠に残念であり、遺憾である。意見書にも書いたが、感染予防対策の具体的な要件に沿った対応を確実に実行、担保できるような形で要件を明確化することが大事だと考える。特に調剤について、患者と接触する場面が比較的少ないこと、患者本人である子どもが来局しないケースがあることなど、医科・歯科よりも踏み込んだ形での算定要件の明確化を要望する。

また、やむを得ず持ち回り開催となることは理解するが、中医協での議論を蔑ろにするような進め方はあってはならない。事務局には、進め方に問題がなかったかなど真摯に検討し、意思決定プロセス、中医協の役割・意義の明確化について強く要望したい。

第471回 中医協 総会(R2.12.23開催) (出席:吉森理事)

**議題** オンライン診療について

**発言**

診療報酬上のオンライン診療の在り方については、次期2022年度診療報酬改定の重要なテーマの一つである。現在コロナ禍の中でオンライン診療については時限的・特例的な措置がなされているが、当然中医協の場でも、時限的・特例的対応の検証と、前回改定したオンライン診療の実証をエビデンスに基づき検証し次期改定に向け議論を深める必要がある。

また、今回のオンライン診療の時限的・特例的措置の定期的な検証状況の報告と併せ、前回改定の実証に早急に着手しこの総会に報告し、見直し検討会の来秋の改定と歩調を合わせつつ、並行してこの中医協においても次期改定に向けオンライン診療にかかる議論が遅れることのないようできる限り早期に論点整理し議論を開始する必要がある。事務局には、中医協としてのオンライン診療の在り方の検討について、具体的スケジュール案の策定を要望する。

# 地域医療構想

# 新型コロナウイルス感染症対応を踏まえた今後の医療提供体制の構築に向けた考え方①

(令和2年12月15日 医療計画の見直し等に関する検討会)

## 1. 新興感染症等の感染拡大時における体制確保（医療計画の記載事項追加）

- 新興感染症等の感染拡大時には、広く一般の医療提供体制にも大きな影響（一般病床の活用等）
- 機動的に対策を講じられるよう、基本的な事項について、あらかじめ地域の行政・医療関係者の間で議論・準備を行う必要

### 医療計画の記載事項に「新興感染症等の感染拡大時における医療」を追加

- 詳細（発生時期、感染力等）の予測が困難な中、速やかに対応できるよう予め準備を進めておく点が、災害医療と類似  
⇒ いわゆる「5事業」に追加して「6事業」に
- 今後、厚生労働省において、計画の記載内容（施策・取組や数値目標など）について詳細な検討を行い、「基本方針」（大臣告示）や「医療計画作成指針」（局長通知）等の見直しを行った上で、各都道府県で計画策定作業を実施  
⇒ 第8次医療計画（2024年度～2029年度）から追加

### ◎ 具体的な記載項目（イメージ）

#### 【平時からの取組】

- 感染拡大に対応可能な医療機関・病床等の確保  
(感染拡大時に活用しやすい病床や転用しやすいスペースの整備)
- 感染拡大時を想定した専門人材の確保等  
(感染管理の専門性を有する人材、重症患者に対応可能な人材等)
- 医療機関における感染防護具等の備蓄
- 院内感染対策の徹底、クラスター発生時の対応方針の共有 等

#### 【感染拡大時の取組】

- 受入候補医療機関
- 場所・人材等の確保に向けた考え方
- 医療機関間での連携・役割分担  
(感染症対応と一般対応の役割分担、医療機関間での応援職員派遣等) 等

※ 引き続き、厚生科学審議会感染症部会等における議論の状況も踏まえつつ、記載項目や、施策の進捗状況を確認するための数値目標等について、具体化に向け検討。

### ◎ 医療計画の推進体制等

現行の取扱いに沿って、各都道府県に対し、地域の実情に応じた計画策定と具体的な取組を促す

- 現行の医療法
  - ・ あらかじめ都道府県医療審議会で協議
  - ・ 他法律に基づく計画との調和
- 現行の医療計画作成指針（局長通知）
  - ・ 都道府県医療審議会の下に、5疾病5事業・在宅医療ごとに「作業部会」、圏域ごとに「圏域連携会議」を設置
  - ・ 作業部会、圏域連携会議、地域医療構想調整会議において、関係者が互いに情報を共有し、円滑な連携を推進
  - ・ 圏域については、従来の二次医療圏にこだわらず、患者の移動状況や地域の医療資源等の実情に応じて弾力的に設定

## 新型コロナウイルス感染症対応を踏まえた今後の医療提供体制の構築に向けた考え方②

(令和2年12月15日 医療計画の見直し等に関する検討会)

### 2. 今後の地域医療構想に関する考え方・進め方

#### (1) 地域医療構想と感染拡大時の取組との関係

- 新型コロナ対応が続く中ではあるが、以下のような**地域医療構想の背景となる中長期的な状況や見通しは変わっていない**。
  - ・ 人口減少・高齢化は着実に進み、医療ニーズの質・量が徐々に変化、マンパワーの制約も一層厳しくなる
  - ・ 各地域において、質の高い効率的な医療提供体制を維持していくためには、医療機能の分化・連携の取組は必要不可欠
- **感染拡大時の短期的な医療需要には、各都道府県の「医療計画」に基づき機動的に対応**することを前提に、**地域医療構想については、その基本的な枠組み（病床の必要量の推計・考え方など）を維持しつつ、着実に取組を進めていく。**

#### (2) 地域医療構想の実現に向けた今後の取組

【各医療機関、地域医療構想調整会議における議論】

- **公立・公的医療機関等において、具体的対応方針の再検証等を踏まえ、着実に議論・取組を実施するとともに、民間医療機関においても、改めて対応方針の策定を進め、**地域医療構想調整会議の議論を活性化

【国における支援】 \* 各地の地域医療構想調整会議における合意が前提

- 議論の活性化に資する**データ・知見等を提供**
- 国による助言や集中的な支援を行う「**重点支援区域**」を選定し、積極的に支援
- **病床機能再編支援制度**について、令和3年度以降、消費税財源を充当するための法改正を行い、引き続き支援
- 医療機関の再編統合に伴い資産等の取得を行った際の**税制の在り方**について検討

#### (3) 地域医療構想の実現に向けた今後の工程

- 各地域の検討状況を適時・適切に把握しつつ、自主的に検討・取組を進めている医療機関や地域に対して支援。
- **新型コロナ対応の状況に配慮しつつ、都道府県等とも協議を行い、この冬の感染状況を見ながら、改めて具体的な工程の設定（※）について検討**。その際、2025年以降も継続する人口構造の変化を見据えつつ、段階的に取組を進めていく必要がある中、その一里塚として、2023年度に各都道府県において第8次医療計画（2024年度～2029年度）の策定作業が進められることから、**2022年度中を目的に地域の議論が進められていることが重要となることに留意**が必要。

※ 具体的には、以下の取組に関する工程の具体化を想定

- ・ 再検証対象医療機関における具体的対応方針の再検証
- ・ 民間医療機関も含めた再検証対象医療機関以外の医療機関における対応方針の策定（策定済の場合、必要に応じた見直しの検討）

第21回 医療計画の見直し等に関する検討会(R2.10.1開催) (代理出席:増井企画部長)

議題 新型コロナウイルス感染症を踏まえた医療提供体制について

発言 医療計画や地域医療構想について、新興・再興感染症対応を踏まえた見直しを行うことは必要であると思うが、そもそも地域医療構想は、2025年を見据えた地域の医療提供体制を構築していくために策定したものであり、地域医療構想調整会議における議論のスピードが緩むようなことがないようにしていただきたい。

第22回 医療計画の見直し等に関する検討会(R2.10.30開催) (代理出席:増井企画部長)

議題 外来機能の明確化・連携、かかりつけ医機能の強化について

発言 地域における医療協議の場については、以前も申し上げたが、地域医療構想の調整会議において、医療関係者を中心とする別の会議で具体的な議論が終わってしまい、調整会議は報告のみというケースがあったり、都道府県のイニシアチブが弱くて、しっかりと議論が行われていないという声を、私どもの支部から聞いている。外来機能に関する協議の場においても、都道府県においてしっかりとイニシアチブをとって、保険者も交えて実質的な議論が行われるようにしていただきたい。

第23回 医療計画の見直し等に関する検討会(R2.11.19開催) (出席:中島理事)

議題 外来機能の明確化・連携、かかりつけ医機能の強化等について

発言 基本的にはお示しされた方向性で進めていただければよいと考えている。  
 今般の外来機能に係る地域における協議の仕組みについては、地域医療構想調整会議を活用することが示されているが、現在でも入院医療に関する議論が必ずしも十分には進んでいない区域もあり、公立公的医療機関等の再検証の議論も途上であると認識している。それに加えて、新たに外来医療に関する議論を円滑に行うことができるのかという点では、若干不安もあるところであり、必ずしも、中長期的な課題ではないということであるため、尚更そのような不安は払拭できない。  
 このため、厚生労働省におかれては、都道府県の外来医療の実態を分析したデータを都道府県に提供していただくなど、事務局から都道府県への支援をしっかりとっていただきたい。

第25回 医療計画の見直し等に関する検討会(R2.12.14開催) (出席:中島理事)

議題 医療計画・地域医療構想について

発言

先ほど、他の構成員と厚生労働省の間でやり取りがあった「改めて具体的な工程の設定」について、大変重要なやり取りがなされたと考えている。このことを踏まえて、今後、地域医療構想が着実に進んでいくことが重要と認識している。

<参考:他の構成員の意見と厚労省のやり取りの概要>

○ 構成員:地域医療構想の実現に向けた工程について、「この冬の感染状況を見ながら、改めて具体的な工程の設定について検討すること」と記載があるが、「改めて具体的な工程」という表現が漠然としている。その先の記載に、第8次医療計画の策定作業を念頭に置き、2022年度中を目途に議論が進められることが重要とあるが、先程の「改めて」は2022年度までにという期間と受け止めてよしいのか。

➤ 厚生労働省:現時点において、2022年度が期限ということではないが、2022年度というタイミングが重要ということを念頭に置きながら、改めて検討が必要と考えている。

第40回保険者による健診・保健指導等に関する検討会(R2.11.19開催) (出席:中島理事)

**議題** 新型コロナウイルス感染症の影響を踏まえた特定保健指導の実施方法の見直しについて

**発言**

初回面接、グループ支援において情報通信機器を用いることも可能としてはどうかという提案については、必要性について理解する。グループ支援については、個々の個人情報保護への配慮が必要になってくる。特に遠隔でグループ支援をするとすると、直ちには実施しにくいということが生じるのではないかと思うので、新たな工夫を講じていく必要性が出てくる。

特定保健指導を始めるに当たっては、面談を基本としていたがグループ支援にまで対象が広がり、さらに情報機器等を用いてとなると特定保健指導の質を担保していくという観点から、効果検証を並行して行う必要がある。

# 令和3年度 介護報酬改定

## 介護報酬改定について

令和2年12月17日の予算大臣折衝を踏まえ、令和3年度の介護報酬改定は、以下のとおりとなった。

改定率 +0.70%

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

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

## 1. 感染症や災害への対応力強化

※各事項は主なもの

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

○日頃からの備えと業務継続に向けた取組の推進

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

## 2. 地域包括ケアシステムの推進

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

○認知症への対応力向上に向けた取組の推進

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

○看取りへの対応の充実 ・ガイドラインの取組推進 ・施設等における評価の充実

○医療と介護の連携の推進 ・老健施設の医療ニーズへの対応強化

・長期入院患者の介護医療院での受入れ推進

○在宅サービス、介護保険施設や高齢者住まいの機能・対応強化

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

○ケアマネジメントの質の向上と公正中立性の確保

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

○地域の特性に応じたサービスの確保 ・過疎地域等への対応（地方分権提案）

## 4. 介護人材の確保・介護現場の革新

■喫緊・重要な課題として、介護人材の確保・介護現場の革新に対応

○介護職員の処遇改善や職場環境の改善に向けた取組の推進

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

○テクノロジーの活用や人員基準・運営基準の緩和を通じた

業務効率化・業務負担軽減の推進

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

○文書負担軽減や手続きの効率化による介護現場の業務負担軽減

の推進 ・署名・押印の見直し ・電磁的記録による保存等 ・運営規程の掲示の柔軟化

## 3. 自立支援・重度化防止の取組の推進

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

○リハビリテーション・機能訓練、口腔、栄養の取組の連携・強化

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

○介護サービスの質の評価と科学的介護の取組の推進

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

○寝たきり防止等、重度化防止の取組の推進

・施設での日中生活支援の評価 ・褥瘡マネジメント、排せつ支援の強化

## 5. 制度の安定性・持続可能性の確保

■必要なサービスは確保しつつ、適正化・重点化を図る

○評価の適正化・重点化

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

○報酬体系の簡素化

・月額報酬化（療養通所介護） ・加算の整理統合（リハ、口腔、栄養等）

## 6. その他の事項

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

第188回 介護給付費分科会 (R2.10.15開催) (出席:安藤理事長)

議題 令和3年度介護報酬改定に向けて

発言 通所介護の個別機能訓練加算について、加算Ⅰと加算Ⅱを算定している利用者の機能訓練の内容にほとんど差異が見られない。このように、両加算の線引きが曖昧なことを踏まえると、同一日に同一の利用者に対して両加算を算定できるという現行の取り扱いは、見直すべきである。  
また算定要件について、機能訓練項目以外の要件は統一できると思うので、機能訓練の内容に実態として差異がない以上、報酬の簡素化を図る観点からも、加算Ⅰの点数で両加算を一本化した上で、実際に生活機能に関する訓練を実施する場合に、機能訓練指導員が直接実施することを要件として上乘せするなど、見直す必要があるのではないかと。

第190回 介護給付費分科会 (R2.10.30開催) (出席:安藤理事長)

議題 令和3年度介護報酬改定に向けて

発言 介護職員等特定処遇改善加算について、経験ある介護福祉士を中心に、着実に給与等の引き上げにつながっていることは評価する。一方で、同加算を取得しているにもかかわらず、約3割の事業所において、経験・技能のある介護職員のうち、1人以上は行うこととされている賃金改善が実施されていない。この点は改善していくべきと考えるため、評価される仕組みへ見直しをする必要がある。  
居宅介護支援について、インフォーマルサービスも含め、多様な生活支援が包括的に提供されるようなケアプランを作成することの重要性は理解する。そのためには、公的な医療・介護サービス以外の様々なサービスや地域資源に精通しているとともに、それらのサービスの中から、利用者の生活の質の向上のために必要なサービスを的確に選択できなければならない。そうした取り組みを評価していく方向性であれば、現行、どのような形でインフォーマルサービスとの連携を図っているのか、実態をお示しいただき、一定の基準やマニュアルの作成、研修の実施など、一定の質を確保するための方策をあわせて検討するべきである。  
介護老人保健施設の基本サービス費類型について、超強化型や加算型の割合が増加してきていることは望ましい。今後もこうした類型サービスの質をより一層向上させていく必要がある。  
介護療養型医療施設について、一定期間ごとに検討状況の報告を求め、メリハリをつけた評価をすることに賛成である。移行に向けて具体的にどのような検討を行っているかを評価することが必要であると考え、報告の有無だけでなく、内容も踏まえた評価とすべきである。

第191回 介護給付費分科会 (R2.11.5開催) (出席: 安藤理事長)

議題 令和3年度介護報酬改定に向けて

発言

特別養護老人ホームの定員規模別の報酬設定について、以前よりこの分科会でも申し上げているが、限られた人材や財源で十分な介護サービスを提供するためには、特に地方等において分散しているサービスを集約し、利用者のニーズを十分に踏まえた上で、重点的な体制整備や施設の多機能化を進めるなど、効率的なサービス提供のあり方を検討すべき段階である。

骨太方針等においても「介護の経営の大規模化・協働化」が目標に掲げられており、小規模な施設の設置を促進するような介護報酬の見直しには、基本的に反対である。その是非については、慎重に検討すべきである。

自立支援・重度化予防の推進について、科学的介護を推進する観点から、VISITを参考にCHASEによるPDCAサイクルの推進・ケアの質の向上を図ることや、VISIT・CHASEを一体的に運用する観点から、VISITの対象を拡大していくことなどには賛成である。その上で、現行、リハビリテーションマネジメント加算Ⅳについては、VISITの活用が、算定要件となっているが、今後は、他の加算等においても、VISIT・CHASEを活用したデータ提出やフィードバックを算定要件とするべきである。その際、事業所におけるデータ収集の提出について、負担感が大きいといった課題があるため、介護職員の負担軽減を図りつつ、必要な情報を確実に収集できる仕組みをご検討いただくとともに、事業所にメリットを感じて活用してもらえるよう、フィードバックを活用したケア内容の改善等に係る好事例の共有等にも取り組んでいただきたい。

## 第192回 介護給付費分科会 (R2.11.9開催) (出席:安藤理事長)

**議題** 令和3年度介護報酬改定に向けて

**発言**

介護サービス事業所における感染防止の取り組みを強化することや、感染対策を図りながら、サービス提供を継続する重要性については理解する。そのうえで、介護サービス事業所の収入への影響を見ると、6月以降は改善してきており、また、感染対策にかかる経費について、緊急包括支援交付金等による支援が行われていることなども踏まえると、介護報酬改定による恒久的な措置を行うことが適当かどうかについては、慎重に検討すべきである。

介護職員等特定処遇改善加算について、この加算は経験・技能のある介護職員の処遇を改善することで、キャリアパスを描けるようにし、介護現場への定着促進を図ることが最大の目的である。その趣旨を損なわない程度に、ほかの介護職員や看護師等の処遇改善にも充てられるようにするというコンセプトに基づき、現行の配分ルールを設定したものと認識している。算定率が約65%に留まっており、これを引き上げていくことの必要性は理解するが、スタートしてわずか2年でより柔軟な配分が可能な仕組みへと見直すにはやや拙速な感があり、本来の目的が達成されなくなるのではないかと懸念もあるため、本来の趣旨が損なわれないよう慎重にご検討していただきたい。

## 第193回 介護給付費分科会 (R2.11.16開催) (出席:安藤理事長)

**議題** 令和3年度介護報酬改定に向けて

**発言**

通所介護について、個別機能訓練加算については、区分ⅠとⅡを統合するべきと考える。また通所リハ・訪問リハにおけるリハビリテーションマネジメント加算について、VISIT・CHASEへデータ提供の必須項目を定めることに賛成である。

訪問看護について、看護職員の割合を要件化することに賛成である。割合については、まず6割以上ということで異論はないが、8割以上とするぐらいが本来のあるべき姿と思うので、見直し後の実態を検証し、必要に応じて、段階的に引き上げていくことを検討いただきたい。

## 第194回 介護給付費分科会(R2.11.26開催) (出席:安藤理事長)

**議題** 令和3年度介護報酬改定に向けて

**発言** 小規模特養の基本報酬に関する論点について、基本的には経過措置を廃止するべきと考える。しかし資料の調査結果等を踏まえると、地域差を含め、経営実態を調査した上で対応を検討することも理解できるので、今回、経過処置を維持するという判断をするのであれば、期限を決めたうえで検討していただきたい。

介護医療院への移行支援に係る移行定着支援加算について、対応案の通り期限どおり終了していただき、地域医療介護総合確保基金や予算事業等により、移行を支援していくことが適当であると考えている。

また、介護療養型医療施設については、介護医療院等への移行等の検討状況を報告する仕組みを設けることに賛成である。以前にも申し上げているとおり、許可権者が報告内容を確認し、必要に応じて助言等を行うことが重要であると考えているので、具体的な検討状況が共有されるよう、統一的な報告様式を整備するなど、運用面での工夫をお願いしたい。

## 第197回 介護給付費分科会(R2.12.18開催) (出席:安藤理事長)

**議題** 令和3年度介護報酬改定に向けて

**発言** 2025年には、団塊の世代が全て後期高齢者となり、2040年には高齢者人口がピークを迎える中、現役世代が急減していくことが見込まれている。そうした中、関係者が一丸となって、処遇改善等の対策を実施してきたが、介護人材不足の解消には至っておらず、今後、ますます深刻になっていくことが懸念される。

一方、医療保険制度等における現役世代の負担は今後、増加し、社会保障費全般にかかる費用も増加していくことが想定される中、現役世代の保険料や公費を活用して実施する処遇改善の取組には限界がある。このため、今後は、限りある人材の中でいかに業務の効率化、業務負担の軽減を図っていくのかという発想が、これまで以上に重要になってくると考える。そうした観点から、今回、センサー等のテクノロジーを活用した場合における、人員基準・運営委基準の緩和をさらに一歩進めようとしていることは、非常に評価でき、今後も介護の質や安全性を確保しつつ、さらに推し進めていただきたい。