

経済・財政一体改革の進捗について (社会保障分野)

令和 3 年 4 月 27 日
厚生労働省提出資料

目 次

(コロナ後を見据えた社会保障分野のデジタル化)

1. 令和3年度介護報酬改定について	2
2. データヘルス改革について	19

(コロナ下における予防・健康づくり)

3. コロナ下における予防・健康づくりについて	23
4. コロナ下における保険者インセンティブ制度について	28
5. 後発医薬品の使用促進について	31
6. 潜在看護師の活用について	35
7. 改革工程表に係る今国会提出法案について	40

1. 令和3年度介護報酬改定について

介護分野におけるデジタル化の推進

【改革工程表2020における記載】

39. データヘルス改革の推進

v. ケアの内容等のデータを収集・分析するデータベースの構築

a. VISIT・CHASEを活用し、自立支援・重度化防止等に資する介護の普及に向けたデータの収集・分析を実施。

b. データの収集・活用とPDCAサイクルに沿った取組について、2021年度介護報酬改定に向けた関係審議会等における検討結果に基づき、取組を推進。

vi. ロボット・IoT・AI・センサーの活用

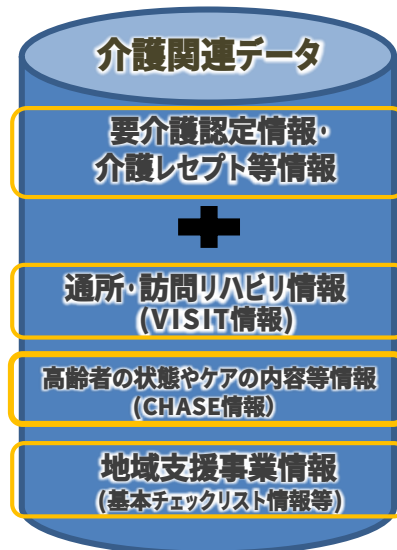
e. 介護ロボット、ICT等のテクノロジーの活用について、2021年度介護報酬改定に向けた関係審議会等における検討結果に基づき、取組を推進。

f. 2021年度介護報酬改定の検証を通じて、より効果的な介護ロボット、ICT等のテクノロジーの活用に関して、2024年度介護報酬改定に向けて必要な対応を検討。

39. データヘルス改革の推進
v.ケアの内容等のデータを収集・分析するデータベースの構築
vi.ロボット・IoT・AI・センサーの活用

改革工程表の記載	2020年度の取組等
v. ケアの内容等のデータを収集・分析するデータベースの構築 a. VISITやCHASEを活用し、自立支援・重度化防止等に資する介護の普及に向けたデータの収集・分析を実施。 b. データの収集・活用とPDCAサイクルに沿った取組について、2021年度介護報酬改定に向けた関係審議会等における検討結果に基づき、取組を推進。 vi. ロボット・IoT・AI・センサーの活用 e. 介護ロボット、ICT等のテクノロジーの活用について、2021年度介護報酬改定に向けた関係審議会等における検討結果に基づき、取組を推進。 f. 2021年度介護報酬改定の検証を通じて、より効果的な介護ロボット、ICT等のテクノロジーの活用に関して、2024年度介護報酬改定に向けて必要な対応を検討。	【データベースの構築】 ○ VISIT・CHASEについては、2021年度より、科学的介護の理解と浸透を図る観点から、科学的介護情報システム（Long-term care Information system For Evidence ; LIFE）として一体的に運用。 ○ 2021年度介護報酬改定において、LIFEへのデータ提出、フィードバックの活用によるPDCAサイクルの推進とケアの質の向上に向けた取組について、 ・ 全ての利用者に対し行う場合（※1）や、 ・ 既存の口腔や機能訓練に関する加算を算定する者に対し行う場合（※2）の評価の創設等を実施。 ※1 入所・通所系等のサービスについて、全ての利用者のデータ（ADL、栄養、口腔・嚥下、認知症等）を提出しフィードバックを受け、PDCAサイクル・ケアの質の向上の取組を推進することを評価する、科学的介護推進体制加算を創設 ※2 既存の口腔や機能訓練に関する加算等において、データ等を提出しフィードバックを受け、更なるPDCAサイクル・ケアの質の向上の取組を推進することを評価する区分を創設（その他；全ての事業者に、データ提出とフィードバックの活用によるPDCAサイクルの推進・ケアの質の向上の取組を推奨） ○ 2021年度介護報酬改定において創設した、LIFEへのデータ提出とフィードバックの活用によるPDCAサイクルの推進とケアの質の向上に向けた取組の評価について、その取組状況等の把握・検証を進める。 【テクノロジー】 ○ 2021年度介護報酬改定において、2020年度に実施した実証研究の結果等も踏まえ、夜間における人員配置基準等において、テクノロジーを導入する場合の更なる評価を行った。 また、運営基準や加算の要件等において実施が求められる各種会議等について、感染防止や多職種連携の促進の観点から、テレビ電話等を活用しての実施を認めた。 ・ 夜勤職員配置加算において、見守り機器等を導入した場合の要件緩和・新区分の導入 ・ 見守り機器等を導入した場合の夜間における人員配置基準の緩和 ・ 日常生活継続支援加算等において、テクノロジーを活用する場合における介護福祉士の配置要件の緩和 ○ 2024年度の介護報酬改定に向けて、施行後の状況を把握・検証するとともに、実証データの収集を行いながら、更なる介護現場の生産性向上の方策について検討。

介護関連データベースの構成



要介護認定情報・介護レセプト等情報（介護保険総合データベース（介護DB）として運用）

- ・ 市町村から要介護認定情報(2009年度～)、介護レセプト等情報(2012年度～)を収集。
- ・ 2018年度より介護保険法に基づきデータ提供義務化。
- ・ 2018年度に「要介護認定情報・介護レセプト等情報の提供に関するガイドライン」を発出し、データの第三者提供を開始。
- ・ 地域包括ケア「見える化」システムにも活用。

科学的介護情報システム（Long-term care Information system For Evidence ; LIFE ライフ）

・ 令和3年度から、CHASE・VISITを一体的に運用するにあたって、科学的介護の理解と浸透を図る観点から、統一した名称を使用。

通所・訪問リハビリテーションの質の評価データ収集等事業の情報

- ・ 通称“VISIT” (monitoring & eValuation for rehabilitation Services for long-Term care)
- ・ 通所・訪問リハビリテーション事業所から、リハビリテーション計画書等の情報を収集(2017年度～)。
- ・ 2018年度介護報酬改定で、データ提出を評価するリハビリマネジメント加算(IV)を新設。
- ・ 利用者単位のフィードバックに加えて、2019年3月より事業所単位でのフィードバックを開始。

〔VISITへの登録数〕（令和3年2月末時点）

- ・ 登録事業所数：796事業所
- ・ 登録利用者数：33,662人

上記を補完する高齢者の状態・ケアの内容等の情報

- ・ 通称“CHASE” (Care, HeAlth Status & Events)
- ・ 「科学的裏付けに基づく介護に係る検討会」において具体的な内容を検討し、2018年3月の中間報告で、データベースに用いる初期項目(265項目)を選定。
- ・ 2019年3月より検討会を再開し、収集項目の整理等について再検討を行い、2019年7月の取りまとめで、基本的な項目(30項目)を選定。
- ・ 2019年度にシステムの開発を行い、2020年度から運用を開始。

〔CHASEへの登録数〕（令和3年2月末時点）

- ・ 登録事業所数：5,585事業所
- ・ 登録利用者数：60,014人

地域支援事業の利用者に関する情報

- ・ 市町村が保有する介護予防・日常生活支援総合事業の基本チェックリスト（現在、総合事業の対象者の該当性を判断するために用いているもの。）の情報等を想定。
- ・ 具体的な内容としては、「階段を手すりや壁をつたわずに上っていますか」、「口の渇きが気になりますか」、「今日が何月何日かわからない時がありますか」等の25の質問に対する二択の回答。

CHASE・VISIT情報の収集・活用とPDCAサイクルの推進

- CHASE・VISITへのデータ提出とフィードバックの活用によりPDCAサイクルの推進とケアの質の向上を図る取組を推進する。
 - ・ 施設系・通所系・居住系・多機能系サービスについて、事業所の全ての利用者に係るデータ（ADL、栄養、口腔、嚥下、認知症等）をCHASEに提出してフィードバックを受け、事業所単位でのPDCAサイクル・ケアの質の向上の取組を推進することを新たに評価。【告示改正】
 - ・ 既存の加算等において、利用者ごとの計画に基づくケアのPDCAサイクルの取組に加えて、CHASE等を活用した更なる取組を新たに評価。【告示改正】
 - ・ 全ての事業者に、CHASE・VISITへのデータ提出とフィードバックの活用によるPDCAサイクルの推進・ケアの質の向上を推奨。【省令改正】

施設系サービス（介護療養型医療施設を除く）、通所系サービス、多機能系サービス、居住系サービス

<施設系サービス>

科学的介護推進体制加算(Ⅰ) 40単位/月（新設）

科学的介護推進体制加算(Ⅱ) 60単位/月（新設）

（※加算（Ⅱ）について、服薬情報の提供を求めない特養・地密特養については、50単位/月）

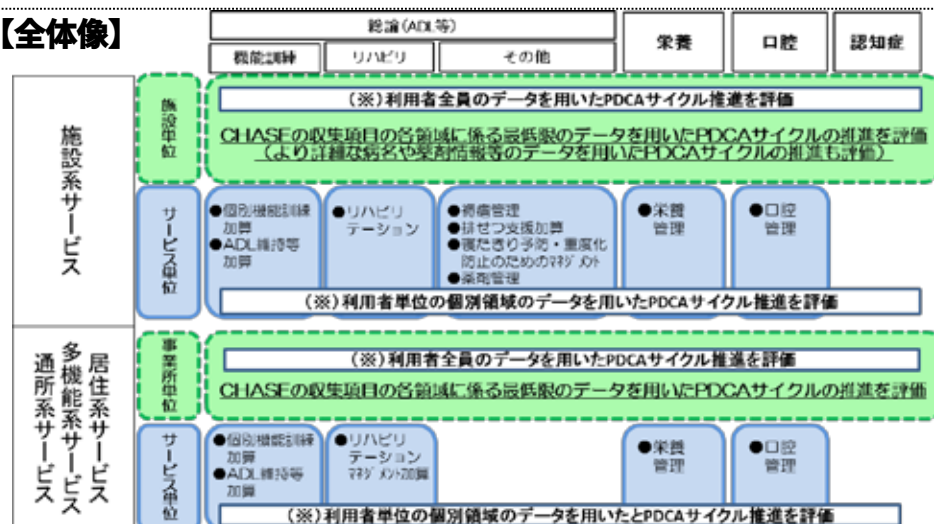
<通所系・多機能系・居住系サービス>

科学的介護推進体制加算 40単位/月（新設）

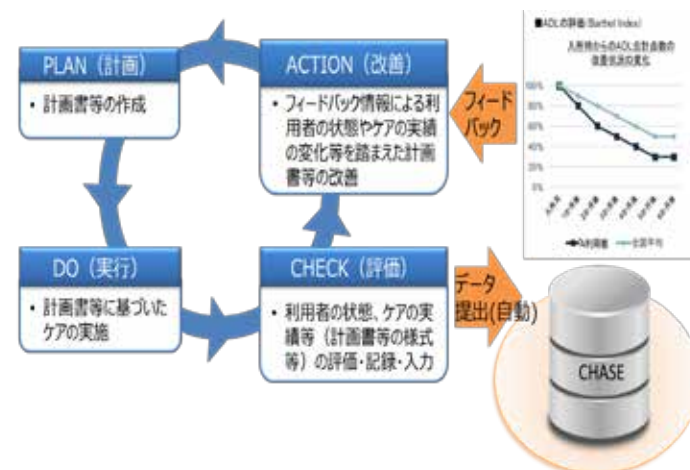
【算定要件】

- イ 入所者・利用者ごとの心身の状況等（加算（Ⅱ）については心身、疾病の状況等）の基本的な情報を、厚生労働省に提出していること。
- ロ サービスの提供に当たって、イに規定する情報その他サービスを適切かつ有効に提供するために必要な情報を活用していること。

【全体像】



【PDCAサイクルの推進（イメージ）】



（※ 加算等による評価の有無に関わらず、すべてのサービスにおいてCHASEによるデータの利活用を進める。）

- ※ 令和3年度から、CHASE・VISITを一体的に運用するにあたって、科学的介護の理解と浸透を図る観点から、以下の統一した名称を使用。
科学的介護情報システム（Long-term care Information system For Evidence ; LIFE ライフ）

既存の加算等において、利用者ごとの計画に基づくケアのPDCAサイクルの取組に加えて、CHASE等を活用した更なる取組を新たに評価。

- 自立支援・重度化防止に向けた更なる質の高い取組を促す観点から、訪リハ・通リハのリハビリテーションマネジメント加算（Ⅰ）を廃止し、基本報酬の算定要件とする。VISITヘデータを提出しフィードバックを受けPDCAサイクルを推進することを評価する取組を老健施設等に拡充する。
 【訪問リハビリテーション】 リハビリテーションマネジメント加算(A) 213単位／月 (B) 483単位／月
- 通所介護の個別機能訓練加算について、より利用者の自立支援等に資する機能訓練の提供を促進する観点から、加算区分や要件の見直しを行う。 個別機能訓練加算(Ⅱ) 20単位／月
- 施設系サービスについて、栄養マネジメント加算を廃止し、現行の栄養士に加えて管理栄養士の配置を位置付けるとともに、基本サービスとして、状態に応じた栄養管理の計画的な実施を求める。入所者全員への丁寧な栄養ケアの実施や体制強化等を評価する加算を新設し、低栄養リスク改善加算は廃止する。
 【施設系サービス】 栄養マネジメント強化加算 11単位／日
- 通所系サービス等について、介護職員等に管理栄養士と介護職員等の連携による栄養アセスメントの取組を新たに評価する。栄養改善加算において、管理栄養士が必要に応じて利用者の居宅を訪問する取組を求める。
 【通所系サービス、看護小規模多機能型居宅介護】 栄養アセスメント加算 50単位／月
- ADL維持等加算について、通所介護に加えて、認デイ、介護付きホーム、特養に対象を拡充する。クリームスキミングを防止する観点や加算の取得状況等を踏まえ、要件の見直しを行う。ADLを良好に維持・改善する事業者を高く評価する評価区分を新たに設ける。
 【通所介護、地域密着型通所介護、認知症対応型通所介護、特定施設入居者生活介護、地域密着型特定施設入居者生活介護、介護老人福祉施設、地域密着型介護老人福祉施設】 ADL維持等加算(Ⅰ) 30単位／月 ADL維持等加算(Ⅱ) 60単位／月
- 施設系サービスについて、利用者の尊厳の保持、自立支援・重度化防止の推進、廃用や寝たきりの防止等の観点から、全ての利用者への医学的評価に基づく日々の過ごし方等へのアセスメントの実施、日々の生活全般における計画に基づくケアの実施を新たに評価する。
自立支援促進加算 300単位／月
- 施設系サービスにおける褥瘡マネジメント加算、排せつ支援加算について、状態改善等（アウトカム）を新たに評価する等の見直しを行う。
 【介護老人福祉施設、地域密着型介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護医療院、看護小規模多機能型居宅介護】
褥瘡マネジメント加算(Ⅰ) 3単位／月 褥瘡マネジメント加算(Ⅱ) 13単位／月
排せつ支援加算(Ⅰ) 10単位／月 排せつ支援加算(Ⅱ) 15単位／月 排せつ支援加算(Ⅲ) 20単位／月

※ 主なものを抜粋（太字はアウトカム評価）

会議や他職種連携におけるICTの活用

- 運営基準や加算の要件等における各種会議等の実施について、感染防止や多職種連携促進の観点から、テレビ電話等を活用しての実施を認める。【省令改正、告示改正】

全サービス

- 利用者等が参加せず、医療・介護の関係者のみで実施するものについて、「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイダンス」及び「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」等を参考にして、テレビ電話等を活用しての実施を認める。
 - 利用者等が参加して実施するものについて、上記に加えて、利用者等の同意を得た上で、テレビ電話等を活用しての実施を認める。
- （※）利用者の居宅を訪問しての実施が求められるものを除く。

薬剤師による情報通信機器を用いた服薬指導の評価

- 薬剤師による居宅療養管理指導について、診療報酬の例も踏まえて、情報通信機器を用いた服薬指導を新たに評価する。【告示改正】

居宅療養管理指導

- 居宅療養管理指導（薬局の薬剤師が行う場合）

情報通信機器を用いた場合 45単位／回（新設） ※月1回まで算定可能

〔算定要件〕

- ・ 対象利用者：在宅時医学総合管理料に規定する訪問診療の実施に伴い、処方箋が交付された利用者
居宅療養管理指導費が月1回算定されている利用者
- ・ 薬機法施行規則及び関連通知に沿って実施すること
- ・ 訪問診療を行った医師に対して、情報通信機器を用いた服薬指導の結果について必要な情報提供を行うこと

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

- テクノロジーの活用により介護サービスの質の向上及び業務効率化を推進していく観点から、実証研究の結果等も踏まえ、以下の見直しを行う。
- ・ 特養等における見守り機器を導入した場合の夜勤職員配置加算について、見守り機器の導入割合の緩和（15%→10%）を行う。見守り機器100%の導入やインカム等のICTの使用、安全体制の確保や職員の負担軽減等を要件に、基準を緩和（0.9人→0.6人）した新たな区分を設ける。
 - ・ 見守り機器100%の導入やインカム等のICTの使用、安全体制の確保や職員の負担軽減等を要件に、特養（従来型）の夜間の人員配置基準を緩和する。
 - ・ 職員体制等を要件とする加算（日常生活継続支援加算、入居継続支援加算、サービス提供体制強化加算）において、テクノロジー活用を考慮した要件を導入する。

介護老人福祉施設、地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護、短期入所者生活介護

【見守り機器等を導入した場合の夜勤職員配置加算の見直し】【告示改正】

- 介護老人福祉施設及び短期入所生活介護における夜勤職員配置加算の人員配置要件について、以下のとおり見直しを行う。
- ① 現行の0.9人配置要件の見守り機器の導入割合の要件を緩和する。（現行15%を10%とする。）
 - ② 新たに0.6人配置要件を新設する。

	①現行要件の緩和（0.9人配置要件）	②新設要件（0.6人配置要件）
最低基準に加えて配置する人員	0.9人（現行維持）	（ユニット型の場合）0.6人（新規） （従来型の場合）※人員基準緩和を適用する場合は併給調整 ① 人員基準緩和を適用する場合0.8人（新規） ② ①を適用しない場合（利用者数25名以下の場合等）0.6人（新規）
見守り機器の入所者に占める導入割合	10% （緩和：見直し前15%→見直し後10%）	100%
その他の要件	安全かつ有効活用するための委員会の設置 （現行維持）	・夜勤職員全員がインカム等のICTを使用していること ・安全体制を確保していること（※）

- ②の0.6人配置要件については、見守り機器やICT導入後、右記の要件を少なくとも3か月以上試行し、現場職員の意見が適切に反映できるよう、夜勤職員をはじめ実際にケア等を行う多職種の職員が参画する委員会（具体的要件①）において、安全体制やケアの質の確保、職員の負担軽減が図られていることを確認した上で届け出るものとする。

※安全体制の確保の具体的な要件

- ①利用者の安全やケアの質の確保、職員の負担を軽減するための委員会を設置
- ②職員に対する十分な休憩時間の確保等の勤務・雇用条件への配慮
- ③機器の不具合の定期チェックの実施（メーカーとの連携を含む）
- ④職員に対するテクノロジー活用に関する教育の実施
- ⑤夜間の訪室が必要な利用者に対する訪室の個別実施

介護老人福祉施設、地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護、短期入所者生活介護

【見守り機器等を導入した場合の夜間における人員配置基準の緩和】 【告示改正】 ※併設型短期入所生活介護（従来型）も同様の改定

- **介護老人福祉施設（従来型）**について、見守り機器やインカム等のICTを導入する場合における夜間の人員配置基準を緩和する。

緩和にあたっては、利用者数の狭間で急激に職員人員体制の変更が生じないように配慮して、現行の配置人員数が2人以上に限り、1日あたりの配置人員数として、常勤換算方式による配置要件に変更する。ただし、配置人員数は常時1人以上（利用者数が61人以上の場合は常時2人以上）配置することとする。

（要件）

- ・施設内の全床に見守り機器を導入していること
- ・夜勤職員全員がインカム等のICTを使用していること
- ・安全体制を確保していること（※）

現 行			改定後		
配置 人員数	利用者数25以下	1人以上	配置 人員数	利用者数25以下	1人以上
	利用者数26～60	2人以上		利用者数26～60	<u>1.6人</u> 以上
	利用者数61～80	3人以上		利用者数61～80	<u>2.4人</u> 以上
	利用者数81～100	4人以上		利用者数81～100	<u>3.2人</u> 以上
	利用者数101以上	4に、利用者の数が100を超えて25又はその端数を増すごとに1を加えて得た数以上		利用者数101以上	<u>32</u> に、利用者の数が100を超えて25又はその端数を増すごとに <u>0.8</u> を加えて得た数以上

- 見守り機器やICT導入後、右記の要件を少なくとも3か月以上試行し、現場職員の意見が適切に反映できるよう、夜勤職員をはじめ実際にケア等を行う多職種の職員が参画する委員会（具体的要件①）において、安全体制やケアの質の確保、職員の負担軽減が図られていることを確認した上で届け出るものとする。

※安全体制の確保の具体的な要件

- ①利用者の安全やケアの質の確保、職員の負担を軽減するための委員会を設置
- ②職員に対する十分な休憩時間の確保等の勤務・雇用条件への配慮
- ③緊急時の体制整備（近隣在住職員を中心とした緊急参集要員の確保等）
- ④機器の不具合の定期チェックの実施（メーカーとの連携を含む）
- ⑤職員に対するテクノロジー活用に関する教育の実施
- ⑥夜間の訪室が必要な利用者に対する訪室の個別実施

介護老人福祉施設、地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護、特定施設入居者生活介護、地域密着型特定施設入居者生活介護

【テクノロジーの活用によるサービスの質の向上や業務効率化の推進】 【告示改正】

- 特養の日常生活継続支援加算及び介護付きホームの入居継続支援加算について、テクノロジーを活用した複数の機器（見守り機器、インカム、記録ソフト等のICT、移乗支援機器）を活用し、利用者に対するケアのアセスメント評価や人員体制の見直しをPDCAサイクルによって継続して行う場合は、当該加算の介護福祉士の配置要件を緩和する。（現行6:1を7:1とする。）

（※）見守り機器やICT等導入後、安全体制の確保の具体的な要件を少なくとも3か月以上試行し、現場職員の意見が適切に反映できるよう、職員をはじめ実際にケア等を行う多職種の職員が参画する委員会において、安全体制やケアの質の確保、職員の負担軽減が図られていることを確認した上で届け出るものとする。

介護人材の確保・介護現場の革新等

【改革工程表2020における記載】

38．診療報酬や介護報酬において、アウトカムに基づく支払いの導入等の推進

b．2018年度介護報酬改定で創設したADLの改善等のアウトカムを評価する加算等に関する検証結果等を踏まえ、2021年度介護報酬改定に向けた関係審議会等における検討結果に基づき、取組を推進。

44．事業所マネジメントの改革等を推進

iv．介護の経営の大規模化・協働化

a．事業者の経営の大規模化・協働化等の取組状況等を把握し、経営の大規模化・協働化を推進するための施策について、2021年度介護報酬改定に向けた関係審議会等における検討結果等も踏まえ、取組を推進。第9期介護保険事業計画期間に向けて、介護サービスの種類や地域性、経営の効率性等を考慮しつつ、組織間連携の推進等の必要な措置を講じる。

47．ケアマネジメントの質の向上

ii．ケアマネジャーの業務の在り方の検討

a．ケアマネジャーの業務の在り方について、2021年度介護報酬改定に向けた関係審議会等における検討結果に基づき、取組を推進。

b．2021年度介護報酬改定の検証等を通じて、より効果的なケアマネジャーの業務の在り方に関して、科学的介護の取組も踏まえ2024年度介護報酬改定等に向けて必要な対応を検討。

38. 診療報酬や介護報酬において、アウトカムに基づく支払いの導入等の推進

44. 事業所マネジメントの改革等を推進

iv. 介護の経営の大規模化・協働化

47. ケアマネジメントの質の向上

ii. ケアマネジャーの業務の在り方の検討

改革工程表の記載	2020年度の取組等
38. 診療報酬や介護報酬において、アウトカムに基づく支払いの導入等の推進 b. 2018年度介護報酬改定で創設したADLの改善等のアウトカムを評価する加算等に関する検証結果等を踏まえ、2021年度介護報酬改定に向けた関係審議会等における検討結果に基づき、取組を推進。	【アウトカム指標】 ○ アウトカム評価の充実に向けて2021年度介護報酬改定においては、 ・ ADL維持等加算について、特養等に対象サービスを拡大するとともに、検証結果等に基づき、単位数の充実やADLを良好に維持・改善する事業者を高く評価する区分を創設 ・ これまでプロセスを評価していた加算（褥瘡マネジメント加算や排せつ支援加算）について、アウトカムを評価する区分を創設するとともに、統一的な評価が可能になるような定義や評価指標を設定 ○ アウトカム評価に係る加算については、引き続きクリームスキミングにより利用者のサービス利用に支障が出るなどの弊害が生じていないか等について検証しつつ、更なる方策について検討。 【介護の経営の大規模化・協働化】 ○ 2021年度介護報酬改定において、人材の確保・有効活用や、職員の業務効率化に資する観点から、人員配置基準等において見直しを実施。効率的な職員配置を可能とし、事業所の定員増加や事業所の併設による経営の大規模化・協働化に資する措置を講じた。 ・ 特別養護老人ホームと他の事業所を併設する場合等の職員の兼務を可能 ・ 認知症グループホームのユニット数の弾力化やサテライト型事業所の創設 ○ 第9期介護保険事業計画期間に向け、上記措置の施行後の状況を把握・検証しながら、介護の経営の大規模化・協働化に向けて、更なる施策について検討。 【ケアマネジメント】 ○ 2021年度介護報酬改定において、 ・ ケアマネジメントの公正中立性確保の観点から、前6か月間に作成したケアプランにおける訪問介護等の各サービスの利用割合等の利用者への説明、介護サービス情報公表制度での公表の義務付け ・ 業務負担軽減や効率化に資するICT・AIを活用する居宅介護支援事業所については、逡減制の適用を40件目から45件目に緩和する見直しの実施 ・ 小規模事業所が事業所間連携により質の高いケアマネジメントを実現していくよう、特定事業所加算について、事業所間連携により体制確保や対応等を行う事業所を評価するような区分の創設 ・ サービス担当者会議について、感染防止や多職種連携の促進の観点から、テレビ電話等を活用しての実施を可能とする見直しの実施

44. 事業所マネジメントの改革等を推進

iv. 介護の経営の大規模化・協働化

a. 事業者の経営の大規模化・協働化等の取組状況等を把握し、経営の大規模化・協働化を推進するための施策について、2021年度介護報酬改定に向けた関係審議会等における検討結果等も踏まえ、取組を推進。第9期介護保険事業計画期間に向けて、介護サービスの種類や地域性、経営の効率性等を考慮しつつ、組織間連携の推進等の必要な措置を講じる。

47. ケアマネジメントの質の向上

ii. ケアマネジャーの業務の在り方の検討

a. ケアマネジャーの業務の在り方について、2021年度介護報酬改定に向けた関係審議会等における検討結果に基づき、取組を推進。

b. 2021年度介護報酬改定の検証等を通じて、より効果的なケアマネジャーの業務の在り方に関して、科学的介護の取組も踏まえ2024年度介護報酬改定等に向けて必要な対応を検討。

ADL維持等加算の拡充

■ ADL維持等加算について、通所介護に加えて、認デイ、介護付きホーム、特養に対象を拡充する。クリームスキミングを防止する観点や加算の取得状況等を踏まえ、要件の見直しを行う。ADLを良好に維持・改善する事業者を高く評価する評価区分を新たに設ける。【告示改正】

通所介護、地域密着型通所介護、認知症対応型通所介護、特定施設入居者生活介護、地域密着型特定施設入居者生活介護、介護老人福祉施設、地域密着型介護老人福祉施設

<現行>

A D L 維持等加算(Ⅰ) 3単位/月

A D L 維持等加算(Ⅱ) 6単位/月

<改定後>

A D L 維持等加算(Ⅰ) 30単位/月 (拡充)

A D L 維持等加算(Ⅱ) 60単位/月 (拡充)

※加算(Ⅰ)(Ⅱ)は併算不可。

※認デイ、介護付きホーム、特養を対象に加える

【算定要件】

<ADL維持等加算(Ⅰ)>

- イ 利用者(当該事業所の評価対象利用期間が6月を超える者)の総数が10人以上であること
- ロ 利用者全員について、利用開始月と、当該月の翌月から起算して6月目(6月目にサービスの利用がない場合はサービスの利用があった最終月)において、Barthel Indexを適切に評価できる者がADL値を測定し、測定した日が属する月ごとに厚生労働省に提出していること(CHASEへのデータ提出とフィードバックの活用)
- ハ 利用開始月の翌月から起算して6月目の月に測定したADL値から利用開始月に測定したADL値を控除して得た値に、初月のADL値や要介護認定の状況等に応じて一定の値を加えたADL利得(調整済ADL利得)の上位及び下位それぞれ1割の者を除く評価対象利用者のADL利得を平均して得た値が、1以上であること

<ADL維持等加算(Ⅱ)>

- ・ 加算(Ⅰ)のイとロの要件を満たすこと
- ・ 評価対象利用者のADL利得を平均して得た値(加算(Ⅰ)のハと同様に算出した値)が2以上であること

【算定要件の見直し(概要)】

現行	改定内容
5時間以上の通所介護費の算定回数が5時間未満の算定回数を上回る利用者の総数が20名以上	利用者の総数が10名以上(緩和)
評価対象利用期間の初月において要介護度が3以上である利用者が15%以上	廃止
評価対象利用期間の初月の時点で初回の要介護・要支援認定があった月から起算して12月以内の者が15%以下	廃止
評価対象利用期間の初月と6月目にADL値(Barthel Index)を測定し、報告されている者が90%以上	評価可能な者は原則全員報告
ADL利得が上位85%の者について、各々のADL利得を合計したものが、0以上	初月のADL値や要介護認定の状況等に応じて調整式で得られた利用者の調整済ADL利得が、一定の値以上
(一)	CHASEを用いて利用者のADLの情報を提出し、フィードバックを受ける

褥瘡マネジメント、排せつ支援の強化

■ 施設系サービスにおける褥瘡マネジメント加算、排せつ支援加算について、状態改善等（アウトカム）を新たに評価する等の見直しを行う。【告示改正】

介護老人福祉施設、地域密着型介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護医療院、看護小規模多機能型居宅介護

【褥瘡マネジメント加算】 ※看護小規模多機能型居宅介護を対象に加える。

＜現行＞	＜改定後＞	
褥瘡マネジメント加算10単位／月 (3月に1回を限度とする)	→	褥瘡マネジメント加算(Ⅰ) 3単位／月 (新設) 褥瘡マネジメント加算(Ⅱ) 13単位／月 (新設)
		※(Ⅰ)(Ⅱ)は併算不可 (毎月の算定が可能)

【算定要件】

＜褥瘡マネジメント加算(Ⅰ)＞

イ 入所者等ごとに褥瘡の発生と関連のあるリスクについて、施設入所時等に評価するとともに、少なくとも3月に1回、評価を行い、その評価結果等を厚生労働省に提出し、褥瘡管理の実施に当たって当該情報等を活用していること。（CHASEへのデータ提出とフィードバックの活用）

ロ イの評価の結果、褥瘡が発生するリスクがあるとされた入所者等ごとに、医師、看護師、介護職員、管理栄養士、介護支援専門員等が共同して、褥瘡管理に関する褥瘡ケア計画を作成していること。

ハ 入所者等ごとの褥瘡ケア計画に従い褥瘡管理を実施するとともに、その管理の内容や入所者等の状態について定期的に記録していること。

ニ イの評価に基づき、少なくとも3月に1回、入所者等ごとに褥瘡ケア計画を見直していること。

＜褥瘡マネジメント加算(Ⅱ)＞加算(Ⅰ)の要件に加えて、施設入所時等の評価の結果、褥瘡が発生するリスクがあるとされた入所者等について、褥瘡の発生のないこと。

【排せつ支援加算】 ※看護小規模多機能型居宅介護を対象に加える。

＜現行＞	＜改定後＞	
排せつ支援加算 100単位／月 (6月を限度とする)	→	排せつ支援加算(Ⅰ) 10単位／月 (新設) 排せつ支援加算(Ⅱ) 15単位／月 (新設) 排せつ支援加算(Ⅲ) 20単位／月 (新設)
		※(Ⅰ)～(Ⅲ)は併算不可 (6月を超えて算定が可能)

【算定要件】

＜排せつ支援加算(Ⅰ)＞

イ 排せつに介護を要する入所者等ごとに、要介護状態の軽減の見込みについて、医師又は医師と連携した看護師が施設入所時等に評価するとともに、少なくとも6月に1回、評価を行い、その評価結果等を厚生労働省に提出し、排せつ支援に当たって当該情報等を活用していること。（CHASEへのデータ提出とフィードバックの活用）

ロ イの評価の結果、適切な対応を行うことにより、要介護状態の軽減が見込まれる者について、医師、看護師、介護支援専門員等が共同して、排せつに介護を要する原因を分析し、それに基づいた支援計画を作成し、当該支援計画に基づく支援を継続して実施していること。

ハ イの評価に基づき、少なくとも3月に1回、入所者等ごとに支援計画を見直していること。

＜排せつ支援加算(Ⅱ)＞加算(Ⅰ)の要件に加えて、施設入所時等の評価の結果、要介護状態の軽減が見込まれる者について、施設入所時等と比較して、排尿・排便の状態の少なくとも一方が改善するとともにいずれにも悪化がない、又は、おむつ使用ありから使用なしに改善していること。

＜排せつ支援加算(Ⅲ)＞加算(Ⅰ)の要件に加えて、施設入所時等の評価の結果、要介護状態の軽減が見込まれる者について、施設入所時等と比較して、排尿・排便の状態の少なくとも一方が改善するとともにいずれにも悪化がない、かつ、おむつ使用ありから使用なしに改善していること。

特養の併設の場合の兼務等の緩和

- **特養等の人員配置基準について、人材確保や職員定着の観点から、入所者の処遇や職員の負担に配慮しつつ、従来型とユニット型併設の場合の介護・看護職員の兼務、小多機と併設する場合の管理者・介護職員の兼務等の見直しを行う。**【省令改正】

施設系サービス

- **従来型とユニット型を併設する場合**において、入所者の処遇に支障がない場合、**介護・看護職員の兼務**を可能とする。

介護老人福祉施設、介護老人保健施設、小規模多機能型居宅介護

- 広域型特別養護老人ホーム又は介護老人保健施設と**小規模多機能型居宅介護事業所を併設する場合**において、入所者の処遇や事業所の管理上支障がない場合、**管理者・介護職員の兼務**を可能とする。

地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護

- **サテライト型居住施設**において、本体施設が特別養護老人ホーム・地域密着型特別養護老人ホームである場合に、本体施設の生活相談員により当該サテライト型居住施設の入所者の処遇が適切に行われていると認められるときは、**生活相談員を置かないこと**を可能とする。
- **地域密着型特別養護老人ホーム**（サテライト型居住施設を除く。）において、他の社会福祉施設等との連携を図ることにより当該地域密着型特別養護老人ホームの効果的な運営を期待することができる場合であって、入所者の処遇に支障がないときは、**栄養士を置かないこと**を可能とする。

（※）入所者の処遇や職員の負担に配慮する観点から、食事、健康管理、衛生管理、生活相談等における役務の提供や設備の供与が入所者の身体的、精神的特性を配慮して適切に行われること、労働関係法令に基づき、職員の休憩時間や有給休暇等が適切に確保されていることなどの留意点を明示

離島や中山間地域等におけるサービスの充実

- 離島や中山間地域等の要介護者に対する介護サービスの提供を促進する観点から、夜間、認デイ、多機能系サービスについて、中山間地域等に係る加算の対象とする。【告示改正】

夜間対応型訪問介護、認知症対応型通所介護、小規模多機能型居宅介護、看護小規模多機能型居宅介護

	算定要件	単位数	新設するサービス★：介護予防を含む
特別地域加算	別に厚生労働大臣が定める地域（※1）に所在する事業所が、サービス提供を行った場合	所定単位数に15/100を乗じた単位数	夜間対応型訪問介護 小規模多機能型居宅介護★ 看護小規模多機能型居宅介護
中山間地域等における小規模事業所加算	別に厚生労働大臣が定める地域（※2）に所在する事業所が、サービス提供を行った場合	所定単位数に10/100を乗じた単位数	夜間対応型訪問介護 小規模多機能型居宅介護★ 看護小規模多機能型居宅介護
中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算	別に厚生労働大臣が定める地域（※3）に居住する利用者に対し、通常の事業の実施地域を越えて、サービス提供を行った場合	所定単位数に5/100を乗じた単位数	夜間対応型訪問介護 認知症対応型通所介護★

※1：①離島振興対策実施地域、②奄美群島、③振興山村、④小笠原諸島、⑤沖縄の離島、⑥豪雪地帯、特別豪雪地帯、辺地、過疎地域等であって、人口密度が希薄、交通が不便等の理由によりサービスの確保が著しく困難な地域

※2：①豪雪地帯及び特別豪雪地帯、②辺地、③半島振興対策実施地域、④特定農山村、⑤過疎地域

※3：①離島振興対策実施地域、②奄美群島、③豪雪地帯及び特別豪雪地帯、④辺地、⑤振興山村、⑥小笠原諸島、⑦半島振興対策実施地域、⑧特定農山村地域、⑨過疎地域、⑩沖縄の離島

地域の特性に応じた認知症グループホームの確保

- 認知症グループホームについて、ユニット数を弾力化、サテライト型事業所を創設する。【省令改正】

認知症グループホーム

【ユニット数の弾力化】

（現行）原則1又は2、地域の実情により事業所の効率的運営に必要と認められる場合は3 → （改定後）1以上3以下

【サテライト型事業所の創設】

<基準>※本体事業所と異なる主なもの

- ・本体事業所との兼務等により、代表者、管理者を配置しないことが可
- ・介護支援専門員ではない認知症介護実践者研修を修了した者を計画作成担当者として配置することが可
- ・サテライト型事業所のユニット数は、本体事業所のユニット数を上回らず、かつ、本体事業所のユニット数との合計が最大4まで

概要

【居宅介護支援】

- ケアマネジメントの公正中立性の確保を図る観点から、事業所に、以下について、利用者に説明を行うとともに、介護サービス情報公表制度において公表することを求める。【省令改正】
 - ・ 前6か月間に作成したケアプランにおける、訪問介護、通所介護、地域密着型通所介護、福祉用具貸与の各サービスの利用割合
 - ・ 前6か月間に作成したケアプランにおける、訪問介護、通所介護、地域密着型通所介護、福祉用具貸与の各サービスごとの、同一事業者によって提供されたものの割合

介護情報公表システム



介護情報公表システムの運営情報において公表

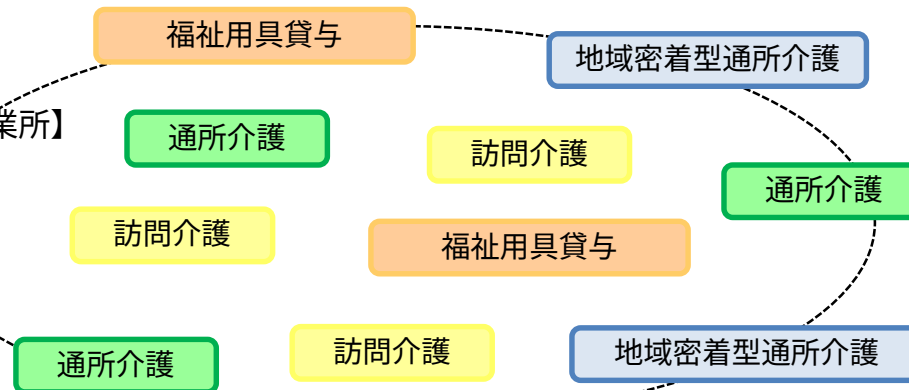
訪問介護（〇%）	〇〇事業所（〇%）	〇〇事業所（〇%）	〇〇事業所（〇%）
通所介護（〇%）	〇〇事業所（〇%）	〇〇事業所（〇%）	〇〇事業所（〇%）
地域密着型通所介護（〇%）	〇〇事業所（〇%）	〇〇事業所（〇%）	〇〇事業所（〇%）
福祉用具貸与（〇%）	〇〇事業所（〇%）	〇〇事業所（〇%）	〇〇事業所（〇%）

* 各サービス（特定事業所集中減算対象サービス）を位置付けたケアプラン数／事業所のケアプラン総数

掲載

【居宅介護支援事業所】

説明



特定事業所加算の見直し

■ 特定事業所加算において、事業所間連携により体制確保や対応等を行う事業所を新たに評価する。【告示改正】

居宅介護支援

<現行>		<改定後>
特定事業所加算 (Ⅰ)	500単位/月 →	特定事業所加算 (Ⅰ) 505単位/月
特定事業所加算 (Ⅱ)	400単位/月 →	特定事業所加算 (Ⅱ) 407単位/月
特定事業所加算 (Ⅲ)	300単位/月 →	特定事業所加算 (Ⅲ) 309単位/月
		特定事業所加算 (A) 100単位/月 (新設)

(※) 特定事業所加算 (Ⅳ) は特定事業所加算から切り離して「特定事業所医療介護連携加算」とする。

〔算定要件 (特定事業所加算 (A))〕 ※加算Ⅰ・Ⅱ・Ⅲと異なる部分

- ・介護支援専門員の配置(要件2)：常勤1名以上、非常勤1名以上（非常勤は他事業との兼務可）
- ・連絡体制・相談体制確保(要件4)、研修実施(要件6)、実務研修への協力(要件11)、事例検討会等実施(要件12)：他の事業所との連携による対応を可とする

(※) 加算Ⅰ・Ⅱ・Ⅲ・Aの要件として、必要に応じて、多様な主体等が提供する生活支援のサービス（インフォーマルサービスを含む）が包括的に提供されるような居宅サービス計画を作成していることを新たに求める (新設)

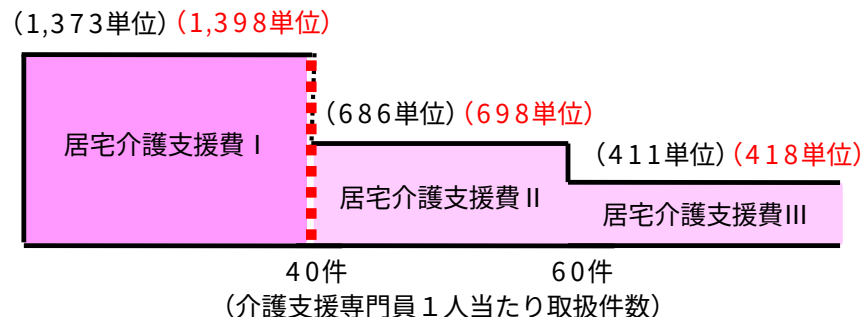
事務の効率化による逓減制の緩和

■ 適切なケアマネジメントの実施を確保しつつ、経営の安定化を図る観点から、逓減制において、ICT活用又は事務職員の配置を行っている場合の適用件数を見直す（逓減制の適用を40件以上から45件以上とする）。

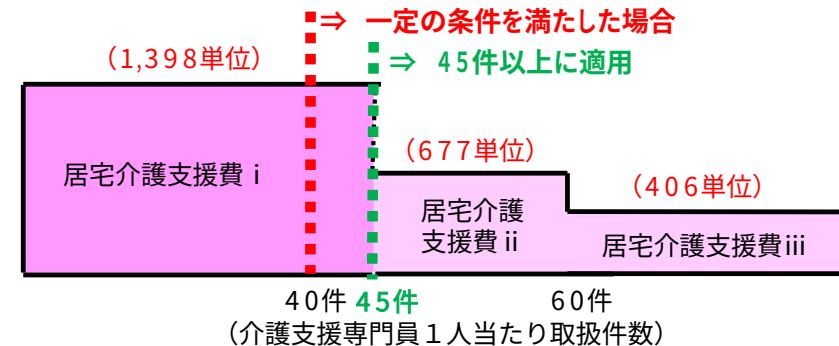
居宅介護支援

例：要介護3・4・5の場合 (黒字：現行の単位数、赤字：改定後の単位数)

【現行】 合



【改定後：ICT等を活用する場合】



2. データヘルス改革について

PHR推進を通じた健診・検診情報の活用

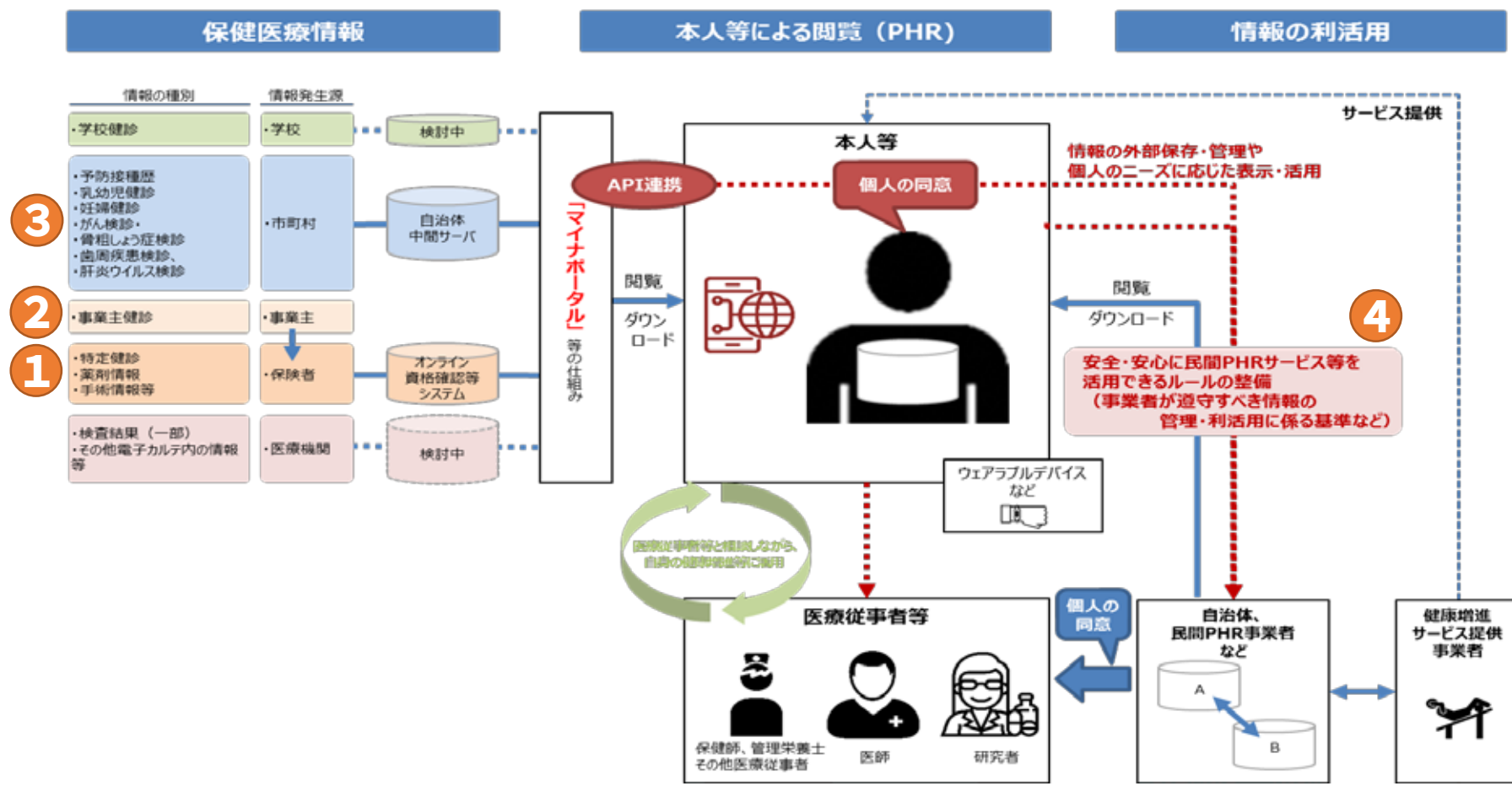
【改革工程表2020における記載】

13．PHR推進を通じた健診・検診情報の予防への分析・活用

- a．2020年度に策定した工程に基づき、必要な法制上の対応を行うとともに、フォーマットが未整備である自治体検診（がん検診、骨粗鬆症検診等）について、健診機関等から自治体に検診結果を提出する際や、マイナポータルインフラを活用して本人が検診情報を確認する際のデータのフォーマット等を整備する。
- b．2022年度早期から、マイナポータルで提供する健診・検診情報を順次拡大。
- c．民間連携の推進に向けて、2020年度内を目途に民間PHR事業者向けガイドラインを策定するとともに、民間PHR事業者において同ガイドラインが遵守される仕組みを官民が連携して構築。加えて、マイナポータルとのAPI連携等を推進。

PHR推進を通じた健診・検診情報の活用

- ① **特定健診**については、遅くとも令和3年10月までには、マイナポータルでの提供を目指す。
- ② **事業主健診**については、40歳未満の者に係る同情報を保険者が事業主等に対し求めることを可能とするため、本国会において「**全世代対応型の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**」を提出。これにより、**必要なシステム改修を行い、マイナポータルでの提供を目指す。**
- ③ **自治体検診**（がん検診など）については、転居先自治体から転居前自治体に同情報の提供を求めることを可能とするため、本国会において「**デジタル改革関連法案**」を提出。令和3年夏頃に公開予定の標準フォーマットを踏まえ、全市町村でシステム改修を実施。令和4年度早期のマイナポータルでの提供を目指す。
- ④ **適正な民間PHRサービスの利活用の促進**に向けて、令和3年度早期に「**民間PHRサービス事業者による健診等情報の取扱いに関する基本的指針**」を公表予定。同指針を遵守していること等を条件に、マイナポータルとのAPI連携を可能としていく。



データヘルス集中改革プランの基本的な考え方

- 3つの仕組みについて、オンライン資格確認等システムやマイナンバー制度等の既存インフラを最大限活用しつつ、令和3年に必要な法制上の対応等を行った上で、令和4年度中に運用開始を目指し、効率的かつ迅速にデータヘルス改革を進め、新たな日常にも対応するデジタル化を通じた強靱な社会保障を構築する。

▶ 3つのACTIONを今後2年間で集中的に実行

ACTION 1：全国で医療情報を確認できる仕組みの拡大

患者や全国の医療機関等で医療情報を確認できる仕組みについて、対象となる情報（薬剤情報に加えて、手術・移植や透析等の情報）を拡大し、令和4年夏を目途に運用開始



ACTION 2：電子処方箋の仕組みの構築

重複投薬の回避にも資する電子処方箋の仕組みについて、オンライン資格確認等システムを基盤とする運用に関する要件整理及び関係者間の調整を実施した上で、整理結果に基づく必要な法制上の対応とともに、医療機関等のシステム改修を行い令和4年夏を目途に運用開始



ACTION 3：自身の保健医療情報を活用できる仕組みの拡大

PCやスマートフォン等を通じて国民・患者が自身の保健医療情報を閲覧・活用できる仕組みについて、健診・検診データの標準化に速やかに取り組むとともに、対象となる健診等を拡大するため、令和3年に必要な法制上の対応を行い、令和4年度早期から順次拡大し、運用



★上記のほか、医療情報システムの標準化、API活用のための環境整備といったデータヘルス改革の基盤となる取組も着実に実施。
電子カルテの情報等上記以外の医療情報についても、引き続き検討。

3. コロナ下における予防・健康づくりについて

【改革工程表2020における記載】

4. がん対策の推進

i. がんの早期発見と早期治療

e. 新型コロナウイルス感染拡大に伴う、検診の延期や受診控えなどにより、前年の同じ時期より受診者が減少しているとのデータが示されている。必要な検診を受診するよう、情報発信、広報活動に取り組むとともに、検診の実施状況の把握・分析を行い、効果的な受診勧奨等の方策を検討する。

5. 無関心層や健診の機会が少ない層への啓発

f. 新型コロナウイルス感染症による食事や運動等の生活習慣の変化や、健康への影響、健診受診状況に関する厚生労働科学研究を2020年度末までを目途に実施予定。当該調査結果を踏まえ、「新しい生活様式」に対応した健康づくりの検討、普及・啓発を推進。

コロナ下の「新しい生活様式」における生活習慣の変化や 予防・健康づくりへの影響に関する調査研究（結果速報値）

令和2年度厚生労働科学特別研究事業「新型コロナウイルス感染症に対応した新しい生活様式による生活習慣の変化およびその健康影響の解明に向けた研究－生活習慣病の発症および重症化予防の観点から－」
（研究代表者：国立がん研究センター 山本 精一郎）

- 方法：インターネット調査
- 対象：20～79歳までの男女 83,216人
（全国の人口分布に合わせて対象者を抽出）
- 有効回答数：60,154人（回答割合72.3%）
- 調査期間：2021年3月

結果のポイント

- 体重、BMI、睡眠時間は増加傾向であった。
- アルコール摂取量、喫煙者の割合、1日の総合身体活動量、健康診断受診者は減少傾向であった。

<結果概要（生活習慣）>

※すべて $p<0.01$ 有意な変化。コロナ感染拡大前（2020年1月）→コロナ感染拡大後（2021年3月）。

- | | |
|------------------------------------|-------------------------------------|
| ・ 体重 ：59.82kg→60.16kg | ・ 喫煙者 ：19.3%→18.0% |
| ・ BMI ：22.12→22.24 | ・ METs※ ：平均値 37.2→36.8 |
| ・ 睡眠時間 ：平均値 6.7時間→6.8時間 | ※1日の総エネルギー消費量 |
| ・ 飲酒（アルコール量） ：14.86g→14.09g | ・ 1日あたりの平均歩数※ ：6,934歩→6,770歩 |
| ・ 毎日飲む人の割合 ：16.1%→15.8% | ※測っている人のみ N=23,685 |



本結果は、数値が増加した人、減少した人合わせたの平均値となっているため、今後、回答者個人のコロナ感染拡大前の状況や属性等による違い等も含めた詳細な分析を行い、「新しい生活様式」に対応した予防・健康づくりの検討を行う。

コロナ下の「新しい生活様式」における生活習慣の変化や 予防・健康づくりへの影響に関する調査研究（結果速報値）（続き）

<結果概要（健診）>

※すべて $p<0.01$ 有意な変化。コロナ感染拡大前（2019年度）→コロナ感染拡大後（2020年度）。

・健康診断受診者：59.5%（2019年度）→55.0%（2020年度）

・健康診断未受診理由（上位5個）：

医療機関や健診会場でコロナに感染するのが怖い（21.0%）、なんとなく（19.1%）、不要不急と判断した（15.4%）、もともと受診する予定がなかった（14.7%）、必要な時は自分で医療機関を受診するから（13.3%）

（40歳以上に限定）N=35,547

・健康診断受診者：66.3%（2019年度）→60.7%（2020年度）

・健康診断未受診理由（上位5個）：

医療機関や健診会場でコロナに感染するのが怖い（26.1%）、必要な時は自分で医療機関を受診するから（18.2%）、不要不急と判断した（17.4%）、なんとなく（15.1%）、めんどろ（12.8%）

（40歳以上に限定）N=35,547

・がん検診・人間ドック受診者：31.1%（2019年度）→27.8%（2020年度）

・がん検診・人間ドック未受診理由（上位5個）

なんとなく（17.7%）、医療機関や健診会場でコロナに感染するのが怖い（17.1%）、必要な時は自分で医療機関を受診するから（16.3%）、もともと受診する予定がなかった（15.8%）、必要性を感じないから（14.1%）



今後、個人の属性も含めた詳細な分析を行うとともに、分析結果を踏まえ、引き続き、健診受診に関する普及・啓発を推進。

(ご参考) これまでの対応

健診の受診率低下に関する対応に係る通知及びリーフレットの発出

- ・健診関連団体が作成した健診実施時の感染防止マニュアルを周知。
- ・令和2年5月26日に、保険者・自治体等に対して、感染防止策を行いながら適切に健診を実施するよう通知。
- ・また、健診受診の啓発を行うためのHPやリーフレットを作成し、全国に配布。

「新型コロナウイルス感染症に係る緊急事態宣言の解除を踏まえた各種健診等における対応について」令和2年5月26日通知

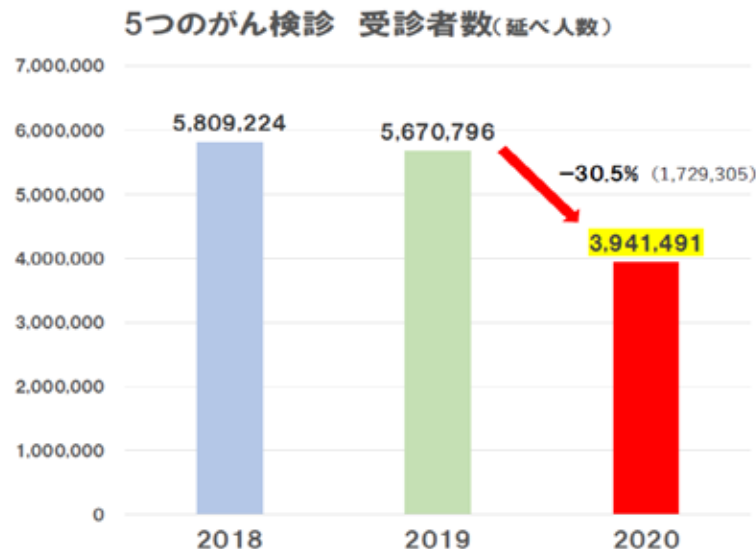
厚生労働省HPでの 健診・検診受診勧奨

健診・検診受診勧奨 のためのリーフレット

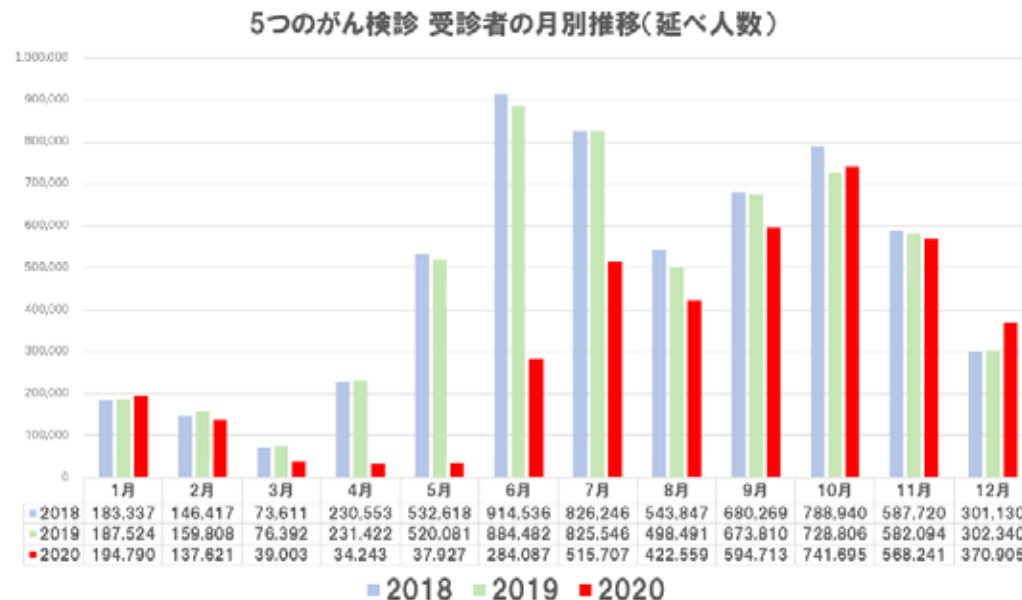


(ご参考) 新型コロナウイルス感染症影響下におけるがん検診の実施状況及び取組

- 日本対がん協会が2021年3月24日に公表した調査によると、昨年（2020年）のがん検診の受診者数は、一昨年（2019年）と比較して、約3割減少したとされている。



(注) 調査は、自治体で実施している集団で行う5つのがん検診（胃がん、大腸がん、肺がん、乳がん、子宮頸がん検診）の受診者数。



(出典) 公益財団法人日本対がん協会32支部調査

受診率向上に向けた取組

- ・ コロナ禍においても、適切な感染防止対策を講じた上でがん検診を受けるよう呼びかけるCMを作成し、放映するとともに、この動画やリーフレットをホームページに掲載するなど、周知啓発を行っている。
- ・ さらに、ナッジ理論を活用した取組として、明確な選択肢を提示して、検診を受ける行動をとりやすくするなど具体的な事例を紹介した「受診率向上施策ハンドブック」を作成し、地方自治体等に周知することで、これらの取組の普及に取り組んでいる。
- ・ また、「予防・健康づくりに関する大規模実証事業」においては、新型コロナウイルス感染症が存在する中でのがん検診受診率向上策について、検討・評価を行うこととしている。

<CM>
上手な医療のかかり方
「がん検診」篇



<https://nettv.gov-online.go.jp/prg/prg21160.html>

受診率向上施策
ハンドブック



https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_04373.html

4. コロナ下における保険者インセンティブ制度について

【改革工程表2020における記載】

2. 糖尿病等の生活習慣病や慢性腎臓病の予防の推進

o. 保険者インセンティブ制度を活用し、特定健診・保健指導の実施率向上に取り組む保険者を評価する。また、そのうち、後期高齢者支援金の加算・減算制度においては、加算対象範囲の拡大や加算率の引き上げ等により、保険者の予防・健康づくりの取組を推進。

p. 効果的な特定健診・特定保健指導の実施方法について、予防・健康づくりに関する大規模実証事業の検証結果や、厚生労働科学研究の研究結果も踏まえ、そのあり方について第4期医療費適正化計画の見直しと併せて検討する。

6. 予防・健康づくりに頑張った者が報われる制度の整備

a. 保険者機能を強化するとともに、新型コロナウイルス感染症による影響を踏まえつつ、保険者インセンティブ制度の加減算双方向での評価指標による財政的インセンティブ及びナッジの活用などにより、予防・健康づくりに頑張った者が報われる仕組みを整備。

19. 保険者努力支援制度の評価指標への追加などインセンティブの一層の活用等

a. 保険者インセンティブ制度の加減算双方向での評価指標による財政的インセンティブの一層の活用、戦略的な情報発信などによる後押しにより、先進・優良事例の横展開を促進。

b. 効率的・効果的なデータヘルスの普及に向け、評価指標や保健事業の標準化を検討。健康保険組合については、2020年度の第2期データヘルス計画の中間見直し以降、保険者共通の評価指標を導入し、健康保険組合間での実績の比較等を可能にする。

c. 保険者努力支援制度については、2021年度以降も加減算双方向での評価指標による財政的インセンティブを一層活用するとともに、「見える化」を促進する観点から市町村ごとの点数獲得状況を指標ごとに公表する。

新型コロナウイルス感染症の影響を踏まえた保険者インセンティブの実施について

新型コロナウイルス感染症の影響下においても、重症化予防を含む予防・健康づくりの重要性に鑑み、保険者インセンティブ制度（※）は以下の対応策を講じながら継続して実施。

※ 各保険者の特定健康診査や特定保健指導等の実施率等を評価し、健康保険組合・共済組合を対象に、後期高齢者支援金の額を一定程度加算又は減算を行うとともに、国保保険者を対象に保険者努力支援交付金等を交付している。

①保険者インセンティブの着実な実施について

◆国民健康保険（保険者努力支援制度）

- 新型コロナウイルス感染症の影響を踏まえ、「新たな日常」に対応した予防・健康づくり、重症化予防の取組を推進するため、
 - ・ 新たな日常に対応した事業を評価対象とするとともに（2021年度「事業費分・事業費連動分」）、
 - ・ コロナ下において市町村が工夫して実施した保健事業の好事例を都道府県主管課長会議で紹介し、横展開を図っている。

（※）保険者努力支援制度には、都道府県・市町村の医療費適正化等に向けた取組等の指標の達成状況に応じて交付する「取組評価分」と、保健事業の事業費として交付する「事業費分」、予防・健康づくりに関する指標で評価して配分する「事業費連動分」がある。

（※）なお、「取組評価分」については、2019年度の特定健診等実施率は2022年度の指標で評価するが、具体的な評価方法は、地方団体との協議の上で、2021年夏頃目処に決定予定であり、新型コロナウイルス感染症の影響への対応についても併せて議論予定。

◆被用者保険（後期高齢者支援金）

- 加減算において評価される特定健康診査や特定保健指導の実施率について、2019年度実施分の実施率は、過去の実績等を利用し補正等を行い、2020年度実施分の実施率については加算対象の基準を緩和することとしている。
- 2021年度及び2022年度実施分の加算対象の基準値及び加算率は、最大10%の加算率の範囲での段階的な引き上げ方法等を決定し、インセンティブの強化を行った。

②保険者インセンティブの評価におけるオンライン特定保健指導の実施促進

（従 前）初回の面接について、1対1の場合のみオンラインでの実施を可能としていた。



（改正後）初回の面接について、複数人のグループで行うオンライン面接の実施を可能とする等の見直しをした。（令和3年2月1日～）

（※）手引きを改正し、対面で行う場合と同程度の質を担保。

（※）また、費用負担を軽減する観点から、オンライン特定保健指導を導入するための機器購入費等について補助を行うこととしている。

（令和3年度に一定の保険者でモデル実施）

新型コロナウイルス感染症の影響を踏まえた市町村による保健事業の紹介

令和3年3月 全国高齢者医療・国民健康保険主管課(部)長
及び後期高齢者医療広域連合事務局長会議保険局国民健康
保険課説明資料(抜粋)

島根県邑南町

マスメディアを活用しつつも双方向
性を持たせた健康情報の発信

人 口

10,605人

高齢者人口(率)

4,686人(44.2%)

国保被保険者数

2,494人

事業の工夫

受診方法の変更

集団での健康教室の実施から、
ケーブルテレビを活用した情報提供へ転換

具体的な実施方法

- 8月 : 特定健診結果送付時に対象者にチラシを同封
9月～: ①テーマ毎(血圧編、血糖編、脂質編)の対象者(412名)に
ケーブルテレビ放送1週間前に案内とチャレンジシートを送付
②ケーブルテレビ放送
内容: 町内の医師による病態の講話、管理栄養士による食事の
ポイント、健康運動指導士による運動実技
③放送終了直後にアンケート(返信用封筒同封)
視聴状況・内容満足度・関心度・取組状況を把握
④チャレンジシート返信者に景品贈呈
⑤その他、希望者には管理栄養士による個別指導



<チャレンジシート>

全て手作り。気軽に取り組み、
継続できるよう簡易なものに。



健康応援キャラクタ
ー菜ちゃん誕生。
番組を和ませます。

大切に事前事後のアプローチ

参加型の教室では、対象者の反応が見えたり、1人1人に応じた直接的アプローチが出来るが、
ケーブルテレビ放送での情報発信では、それらが叶わないので、事前事後のアプローチを行うことにした

事業の効果

- *ケーブルテレビで放送することにより、ポピュレーションアプローチにもなった
- *病態の講話を町内の医師に依頼することにより、かかりつけの患者さんに視聴してもらう機会になった
- *町内の医師に町の取り組みを知ってもらう機会になり、この企画を通して関係づくりに繋がっている
- *アンケート(感想等)は24.3%の方に、チャレンジ実践は12.1%の方から返送があった

視聴者の声

- *構成が良く分かりやすかった
- *チャレンジシートに記入するのが自制となり、頑張ることができた
- *記録する事で意識をすることができて頑張れた
- *4週間続けることができ体がスッキリしたようです。これからも続けたいです。体重約1kg減りました。



5．後発医薬品の使用促進について

【改革工程表2020における記載】

5 4．後発医薬品の使用促進

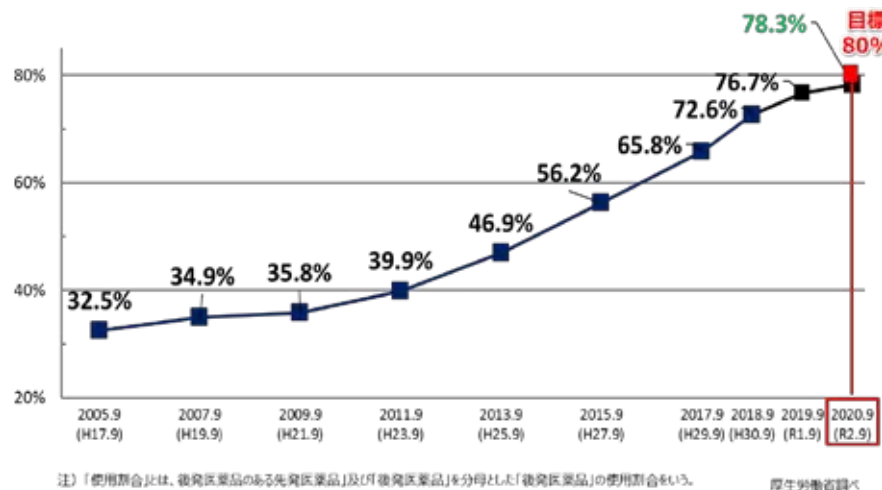
- h．後発医薬品の使用が進んでいない地域等の要因をきめ細かく分析し、その要因に即した対応を検討し、実施。
- i．「2020年9月までに後発医薬品使用割合を80%以上」の目標達成後の新たな目標について、これまでに分かってきた課題も踏まえつつ、その内容について検討。
- j．後発医薬品も含めた、医薬品の適正使用に資するフォーミュラリガイドラインを策定
- k．後発医薬品使用割合の見える化・公表を医療機関等の別に着目して拡大することを検討。

【現状】

「経済財政運営と改革の基本方針2017」（平成29年6月9日閣議決定）（抄）

⑦薬価制度の抜本改革、患者本位の医薬分業の実現に向けた調剤報酬の見直し、薬剤の適正使用等

2020年（平成32年）9月までに、後発医薬品の使用割合を80%とし、できる限り早期に達成できるよう、更なる使用促進策を検討する。



**80%目標に対し、実績78.3%※
⇒目標には届かず**

※令和2年9月薬価調査

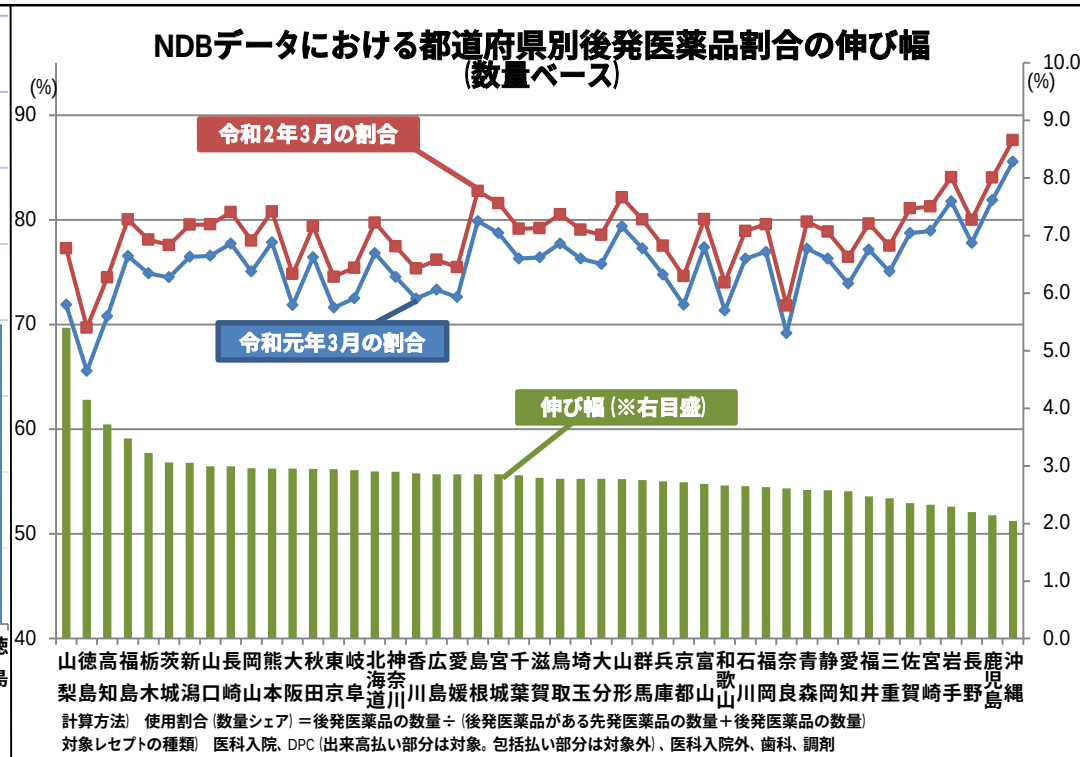
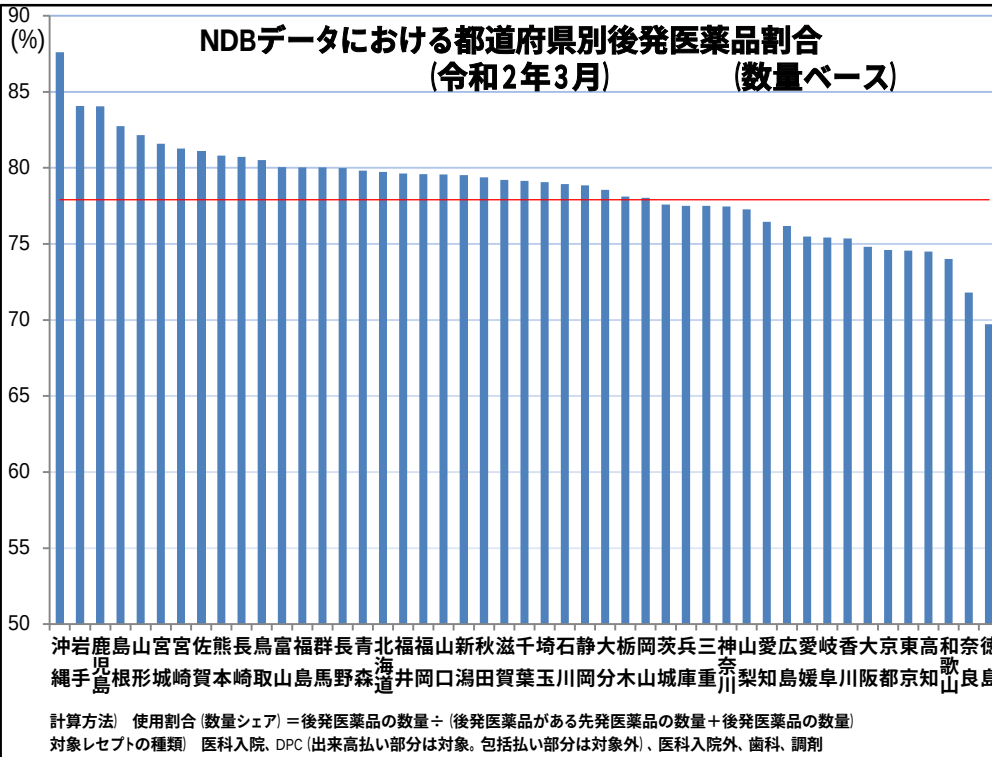
◇後発医薬品メーカーの不祥事により、後発医薬品への信頼低下

- 令和2年12月、小林化工(株)が製造販売する抗真菌剤に、睡眠導入剤の混入事案が発生
- 令和3年2月、日医工(株)富山第一工場に対し、県及び（独）医薬品医療機器総合機構の合同による無通告査察を実施したところ、GMP違反の疑いが判明

【課題】

〇都道府県別に見るとばらつきが存在 <令和2年3月NDBデータ>

使用割合が高い 1位：沖縄、2位：岩手、3位：鹿児島
 使用割合が低い 1位：徳島、2位：奈良、3位：和歌山



〇後発医薬品の信頼回復に向けた取組の推進

- GMP立入検査の強化(無通告立入検査回数の増、立入検査手法の質の向上等)
- 製造業者における原薬管理の徹底
- 製造販売業者としての管理体制強化(製造所の監督等の厳格化、安全対策の強化や製造量等に見合った体制確保等)
- 安定供給確保の措置

(参考) 医療機関等への調査結果においては、後発医薬品選定の際に品切れが発生しないことを重視する傾向が示されている

品切れが発生しないことを重視する 病院93.5%、診療所33.3%、保険薬局：82.8% <令和元年度 後発医薬品使用促進ロードマップに関する調査報告書> 33

【今後の対応】

- ü 後発医薬品メーカーの不祥事による後発医薬品使用割合の変化・傾向を注視
 - ü 後発医薬品使用割合の見える化を地域や医療機関等の別に着目して拡大することを2021年度中に実施に向けて検討
- NDBを活用し、都道府県、二次医療圏、年齢、薬効分類、医療機関等の別の後発医薬品使用割合の見える化を検討（2021年度中）
分析結果を都道府県に提供することにより、都道府県は後発医薬品安心使用促進協議会や保険者協議会等の場において使用促進策に活用し、全体の底上げを図る



<新たな目標>

2023年度末までに後発医薬品の数量シェアを、全ての都道府県で80%※以上

※NDBデータにおける後発医薬品割合

<参考：2020年3月後発医薬品数量割合 77.9%>

○バイオシミラーに係る新たな目標の在り方についても、バイオシミラーの特性を踏まえて引き続き検討

6．潜在看護師の活用について

新型コロナウイルス感染症に伴う看護職員確保に対する厚生労働省の取組

○ 地域の医療提供体制確保のための看護職員の派遣調整事業（日本看護協会へ委託）

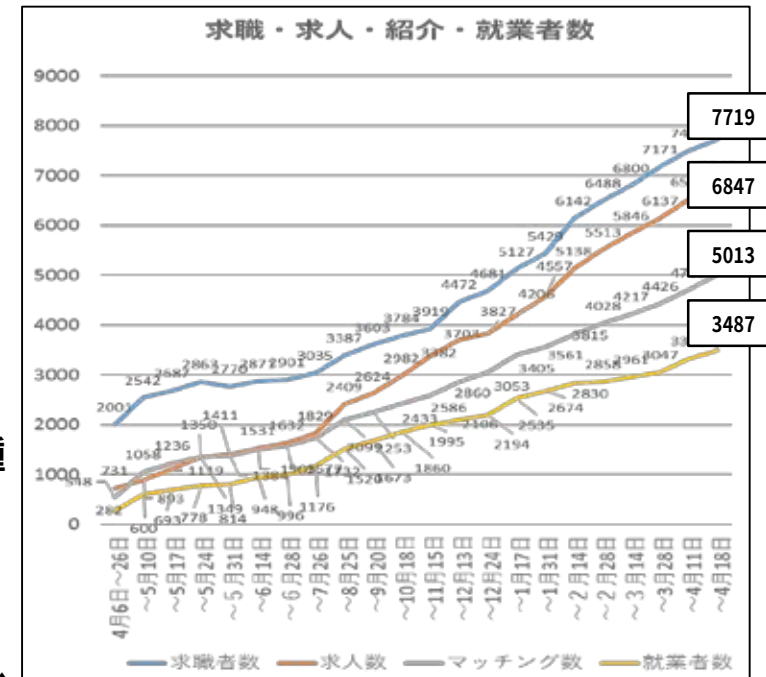
- ・ 4/18までに3,400人以上が就業
- ・ 潜在看護職員が新型コロナウイルス感染症関連業務に就業するために必要な研修等の実施に要する経費等を支援

○ ワクチン接種にかかる看護職員の確保

- ・ 都道府県ナースセンターによるワクチン人材確保の呼びかけ、積極的なマッチングを実施（4/18までに282人が就業）
- ・ 4/1に労働者派遣が解禁となり、へき地のワクチン接種会場へ看護職員を派遣
- ・ 4/23には、特例措置として、従事者、業務、場所、期間を限定し、ワクチン接種会場への労働者派遣を可能とした

○ 医療機関の協力による新型コロナ患者に対応する看護職員の確保の支援として、重点医療機関に他の医療機関から応援に出す場合の補助上限額を大幅に引き上げ

（看護職員 2,760円/時間→5,520円/時間 [12/14] →（重症患者に対応する看護職員）8,280円/時間 [4/23]）



○ さらに、就労支援の強化のために、デジタル改革関連法案において、マイナンバーを活用した資格管理と潜在看護師の把握、ナースセンターを通じた就労支援の強化に取り組む（施行時期：令和6年度中）

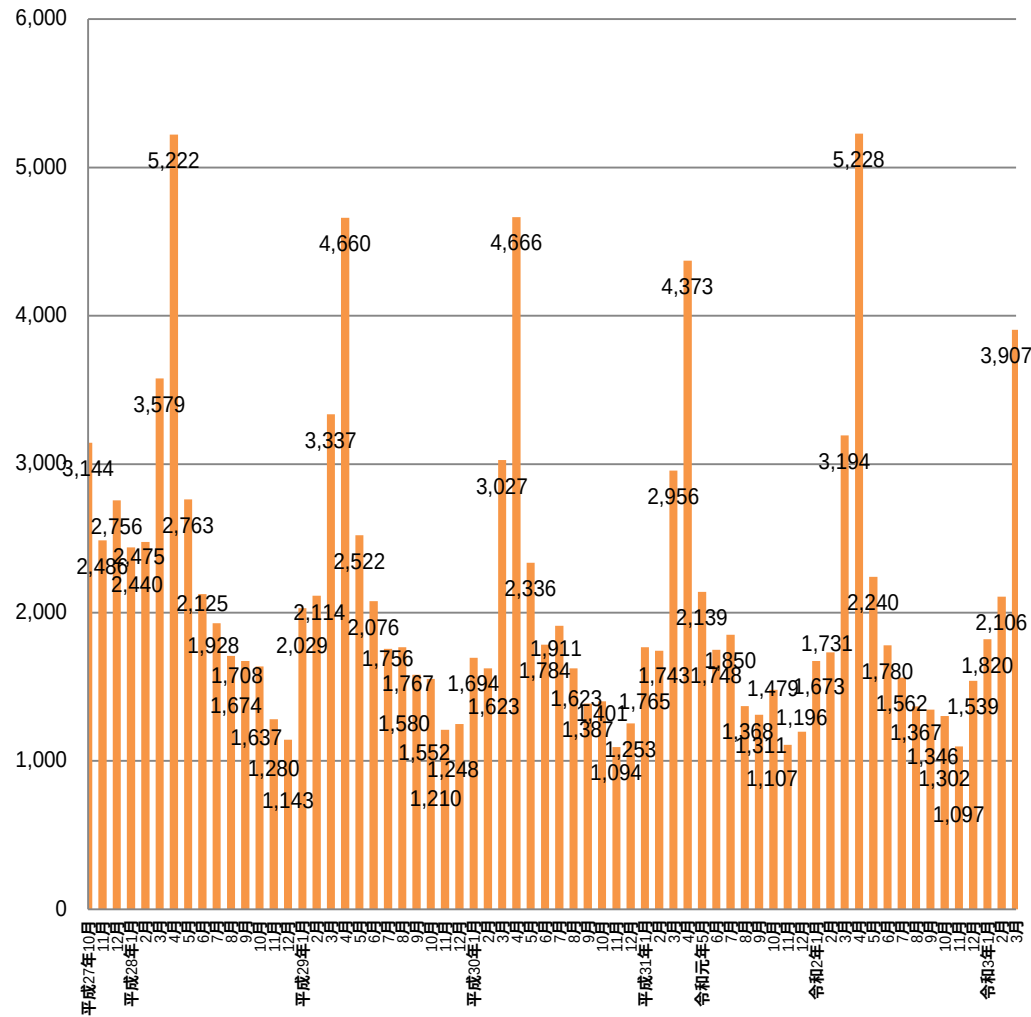
看護師等の離職時等の届出の状況

(参考 1)

令和3年3月末現在

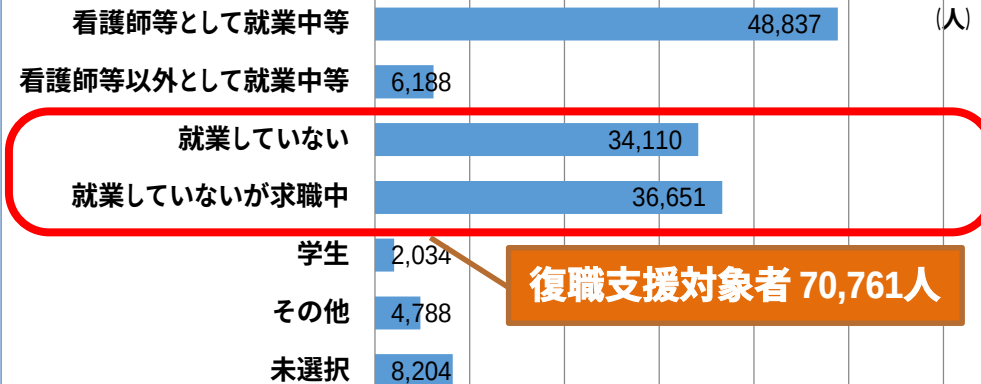
※届出制度は平成27年10月1日施行

届出者数

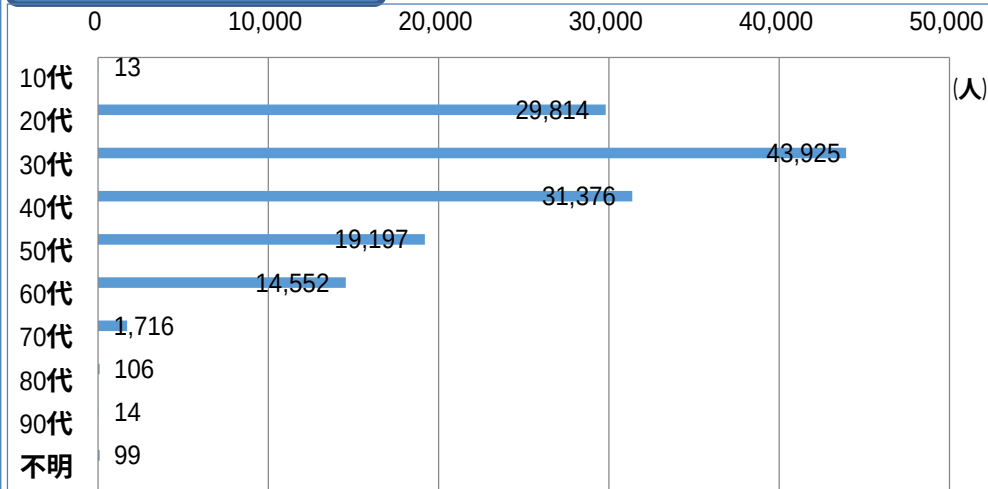


5年5ヶ月 計140,812人

届出者の就業状況



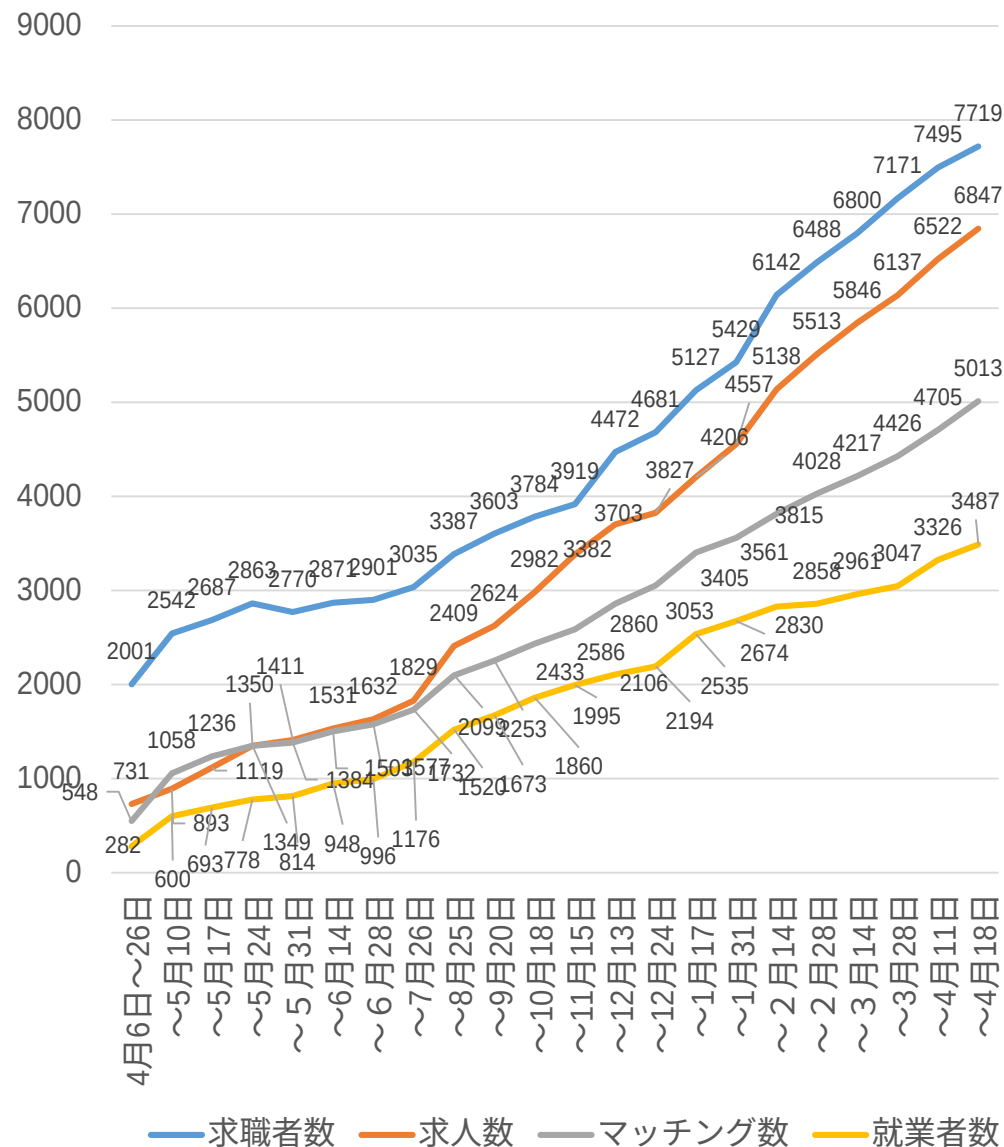
届出者の年齢分布



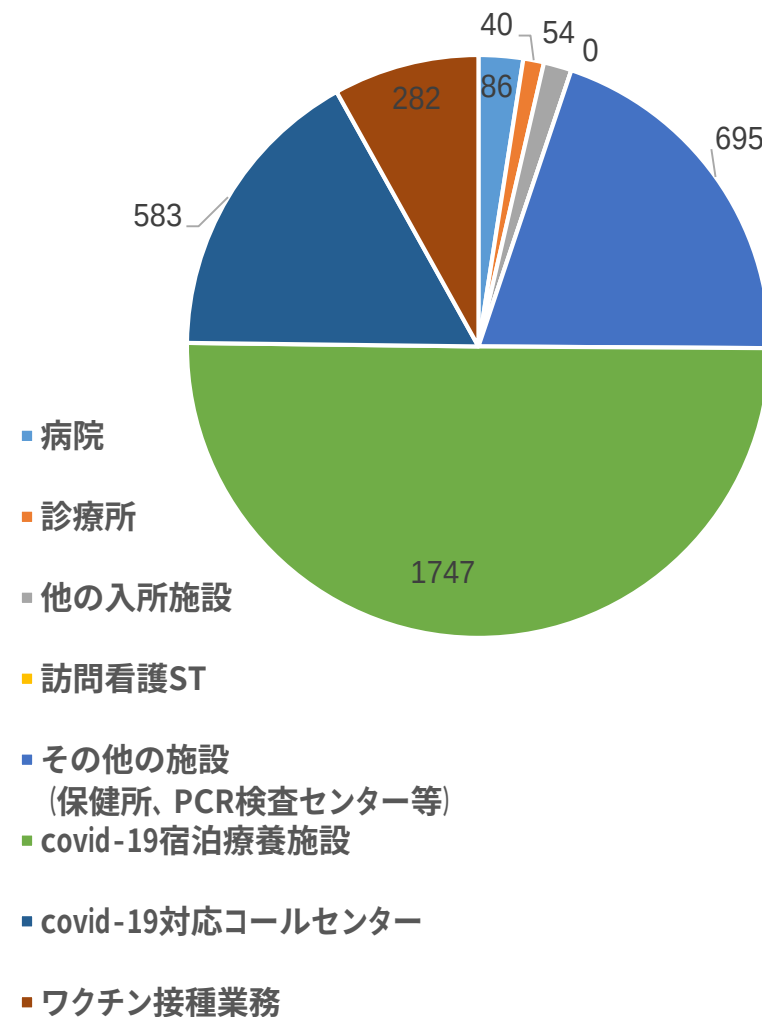
離職届出者のうちの就職者数

13,958人

求職・求人・紹介・就業者数



就業先内訳 (令和2年4月6日～令和3年4月18日)

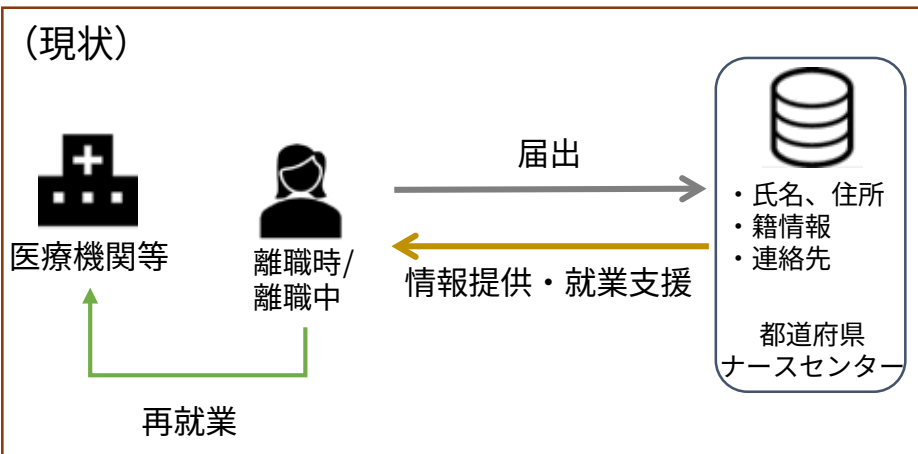


論点3：マイナンバー制度を活用した資格管理簿と就業届等の情報の突合による人材活用について

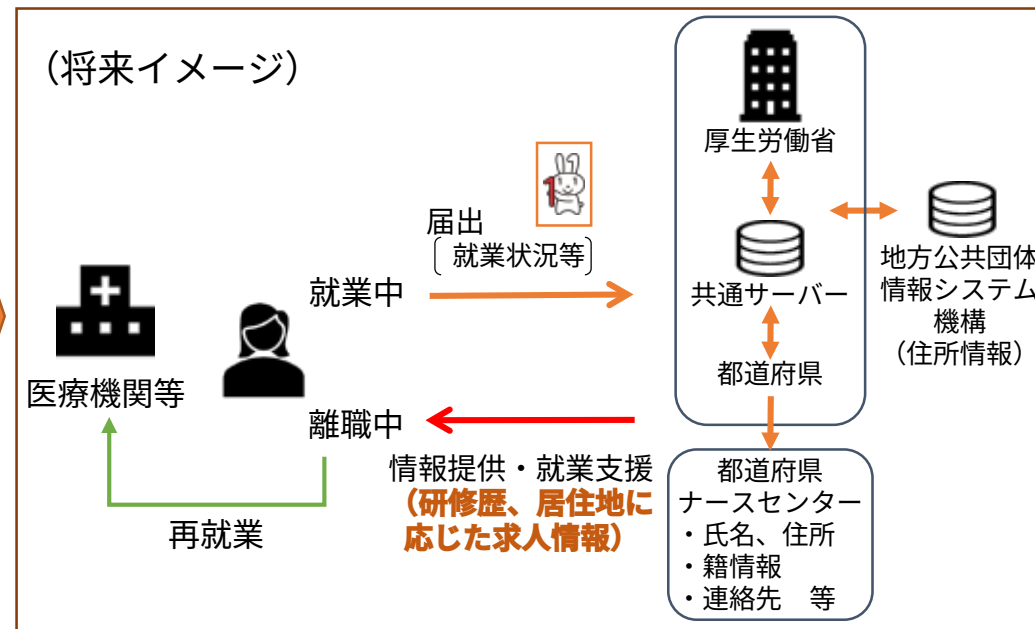
人材確保が課題である資格について、

- ・資格保有者が定期的に届け出る就業状況と連携することで、潜在資格者の的確な特定と、効果的な就労支援に繋げる。
- ・マイナンバー制度を活用したシステムを構築することで、就業場所の偏在是正や高い資質を備えた人材活用に繋げる。

(現状)



(将来イメージ)



(留意点)

- 既に資格保有している者については、これらの届出と併せてマイナンバーの登録が行えるよう検討。
- 就業状況等の届出先は現行制度通り都道府県とし、国と都道府県が共通のサーバーを通して情報の共有化を図ることを想定。
- 届出情報の充実やデジタル化等今後のあり方について別途検討。
- 就業支援に必要な情報は、看護師等の同意を得た上でデータを活用する仕組みを検討。
- 就業支援の具体的方法については、離職時の届出を含む現行スキームのあり方と併せ別途検討。

7. 改革工程表に係る今国会提出法案について

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案

【改革工程表2020における記載】

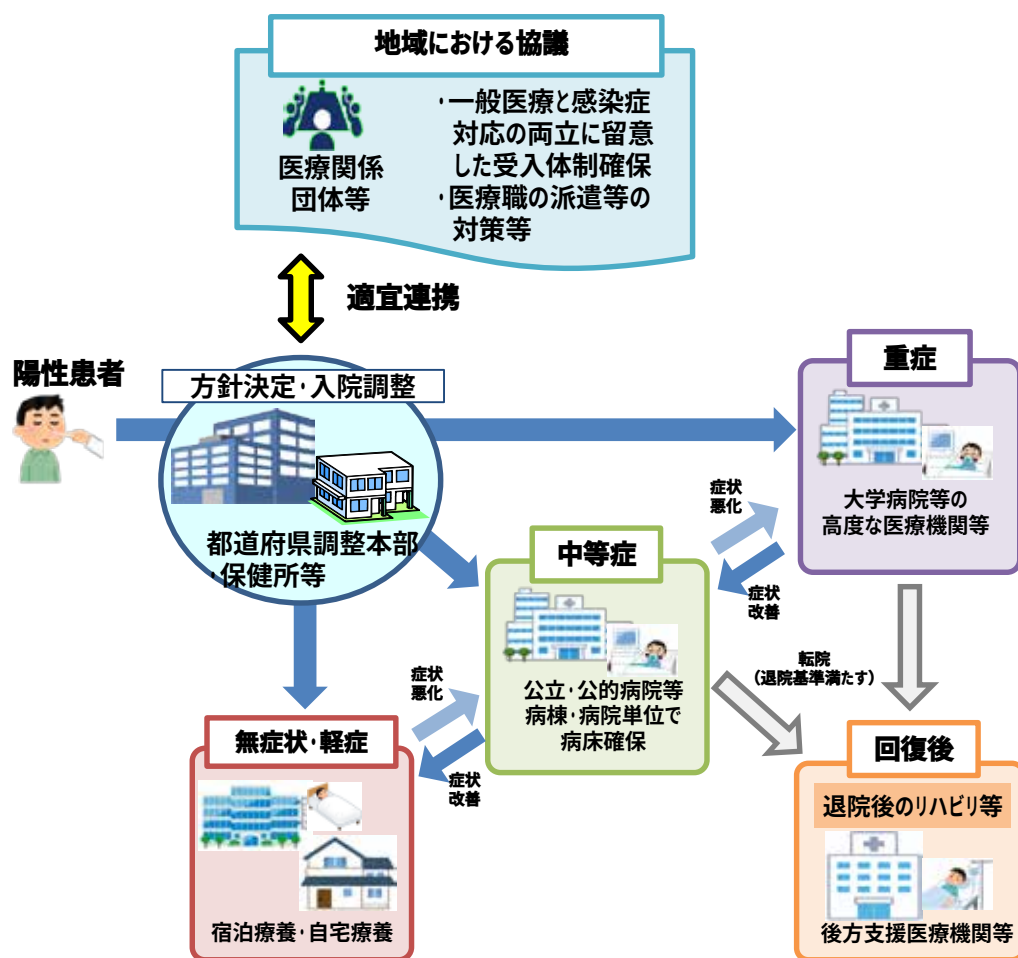
29．地域医療構想の実現

i．地域医療構想の実現に向けた病床の機能分化・連携の取組を促進する

a．今般の新型コロナウイルス感染症対応で得られた知見（医療機関の対応状況等に関するデータ分析を含む。）を踏まえ、今後の新興感染症等の感染拡大時に必要な対策（医療機関・病床等の確保、マンパワーの確保等）が機動的に講じられるよう、新興感染症等対応を「医療計画」の記載事項として位置付けるための法制上の措置を講じる（第8次医療計画～）

- 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）。
- 一般医療と感染症対応の両立に留意しつつ、各医療機関の機能に応じた役割分担を図りながら、行政と医療関係者が連携の上、機動的に受入体制を確保する必要。

地域における受入体制確保（イメージ）



医療機関における病床転換の事例

○A大学病院（753床） ※令和2年6月1日時点の状況

Ⅰ 休止病床 230床

病棟	B-2 (精神科)	A11	A13	ER-HCU	コロナ病棟の 休止分
病床数	41床	48床	40床	16床	85床
計	230床				

Ⅱ コロナ対応病床 90床

看護師配置換え

病棟	元の 病床数	コロナ対応 に転換後	5/11 入院実数	6/1 入院実数	対象患者
ER-ICU	14床	12床	5	3	重症患者
ICU	12床	10床	4	0	
A-9	41床	21床	7	0	中等症患者
B-10	46床	22床	7	12	
A-10	43床	16床	4	0	疑い患者
B-9	19床	9床	3	3	
計	175床	90床	30	18	

Ⅲ 一般（非コロナ）病床 433床

入院患者実数は救急・手術休止のため200人前後

- 人口減少・高齢化が進む中、将来の医療需要を見据え、質の高い効率的な医療提供体制を段階的に構築していくため、**地域医療構想（医療機能の分化・連携）を着実に推進。**
- 新興感染症等の発生時に、各地域で機動的に受入体制を確保できるよう、**医療計画に基づく取組**を推進。**医療機関ごとに、あらかじめ、病床確保（ゾーニング等）や人材確保（配置変更等）など対応を検討。**

医療計画に基づく取組 ※医療法改正法案（今国会で審議中）

都道府県が作成する「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**
※ 5事業：救急医療、災害時における医療、へき地の医療、周産期医療、小児医療（小児救急医療を含む）
- 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 など

【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
- 医療機関の間での連携・役割分担 など
（感染症対応と一般対応の役割分担、医療機関間の応援職員派遣）

※ 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。

地域医療構想の実現に向けて積極的に取り組む医療機関に対し、病床機能や医療機関の再編を行う際の課題（雇用、債務承継、初期投資など）に対応するための支援が必要

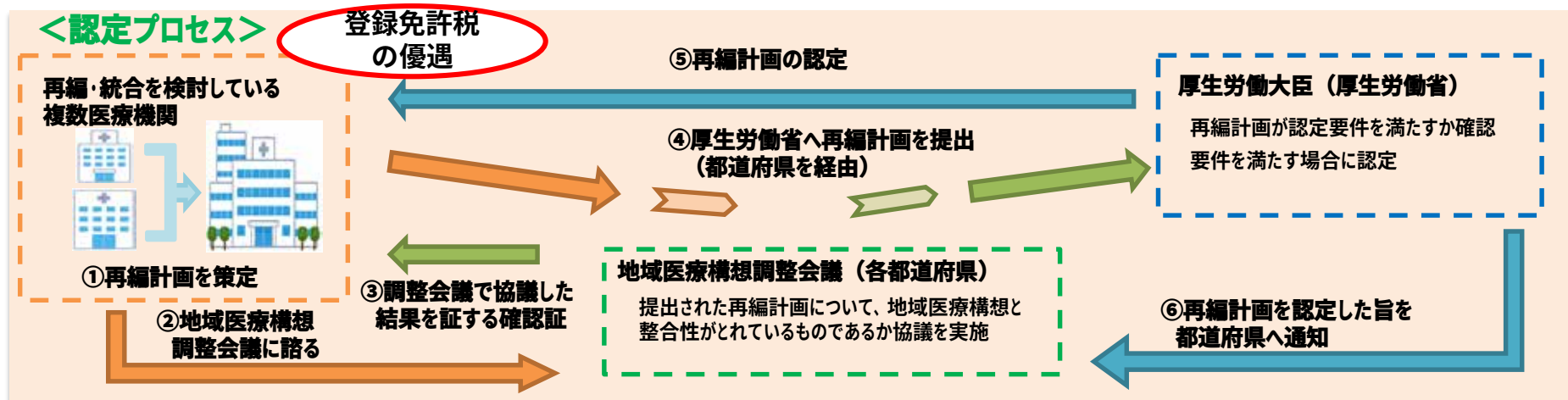
（１）病床機能再編支援事業を全額国費の事業として地域医療介護総合確保基金へ位置付け

- 令和２年度限りとして措置された「**病床機能再編支援事業**（※）」について、**消費税財源を活用した地域医療介護総合確保基金**の中に位置付け、**全額国負担**の事業として、令和３年度以降も実施

※ 地域医療構想調整会議等の合意を踏まえて、病床機能を再編し、自主的な病床削減や病院統合を行う医療機関に対し、財政支援を実施

（２）再編計画の認定（税制上の優遇）

- 複数医療機関の再編・統合に関する計画（再編計画）について、厚生労働大臣が認定する制度を創設
- 認定を受けた再編計画に基づき取得した不動産に関し、登録免許税を優遇（租税特別措置法により措置）



全世代対応型の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

【改革工程表2020における記載】

33．地域の実情を踏まえた取組の推進

ii．国保財政の健全化に向け、受益と負担の見える化の推進（法定外繰入の解消等）

c．国保について、以下の観点から、地方団体等と協議し、その結果に基づき、より実行性のある更なる措置を検討。

- ・法定外繰入等の解消及び保険料水準の統一に関する事項についての国保運営方針の記載事項への位置づけ
- ・国保制度の財政均衡を図るための在り方
- ・医療費適正化を推進するための国保運営方針の記載事項の在り方

58．団塊世代が後期高齢者入りするまでに、後期高齢者の窓口負担について検討

- #### a．全世代型社会保障改革の方針（令和2年12月15日閣議決定）を踏まえ、課税所得28万円以上かつ年収200万円以上（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）の方に限って、窓口負担割合を2割とすること等とし、2021年の通常国会に必要な法案の提出を図る。

全世代対応型の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の概要

改正の趣旨

「全世代型社会保障改革の方針について」(令和2年12月15日閣議決定)等を踏まえ、現役世代への給付が少なく、給付は高齢者中心、負担は現役世代中心というこれまでの社会保障の構造を見直し、全ての世代で広く安心を支えていく「**全世代対応型の社会保障制度**」を構築するため、所要の改正を行う。

改正の概要

1. 全ての世代の安心を構築するための給付と負担の見直し

(1) 後期高齢者医療における窓口負担割合の見直し【高齢者の医療の確保に関する法律】

後期高齢者医療の被保険者のうち、現役並み所得者以外の被保険者であって、一定所得以上(※)であるものについて、窓口負担割合を2割とする。

※課税所得が28万円以上かつ年収200万円以上(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)。政令で規定。

※長期頻回受診患者等への配慮措置として、外来受診において、施行後3年間、1ヶ月の負担増を最大でも3,000円とする措置については、政令で規定。

(2) 傷病手当金の支給期間の通算化【健康保険法、船員保険法】

傷病手当金について、出勤に伴い不支給となった期間がある場合、その分の期間を延長して支給を受けられるよう、支給期間の通算化を行う。

(3) 任意継続被保険者制度の見直し【健康保険法、船員保険法】

任意継続被保険者の保険料の算定基礎の見直しや、被保険者からの申請による資格喪失を可能とする。

2. 子ども・子育て支援の拡充

(1) 育児休業中の保険料の免除要件の見直し【健康保険法、船員保険法、厚生年金保険法 等】

短期の育児休業の取得に対応して、月内に2週間以上の育児休業を取得した場合には当該月の保険料を免除するとともに、賞与に係る保険料については1月を超える育児休業を取得している場合に限り、免除の対象とすることとする。

(2) 子どもに係る国民健康保険料等の均等割額の減額措置の導入【国民健康保険法、地方税法】

国民健康保険の保険料(税)について、子ども(未就学児)に係る被保険者均等割額を減額し、その減額相当額を公費で支援する制度を創設する。

3. 生涯現役で活躍できる社会づくりの推進(予防・健康づくりの強化)

○保健事業における健診情報等の活用促進【健康保険法、船員保険法、国民健康保険法、高齢者の医療の確保に関する法律 等】

① 労働安全衛生法等による健診の情報を保険者が保健事業で活用できるよう、事業者に対し被保険者等の健診情報を求めることを可能とする。

② 健康保険組合等が保存する特定健診等の情報を後期高齢者医療広域連合へ引き継ぐこと等を可能とする。

4. その他

(1) 国民健康保険の財政安定化基金を、都道府県が国民健康保険事業費納付金の著しい上昇抑制等のために充てることを可能とする。【国民健康保険法】

(2) 都道府県国民健康保険運営方針について、保険料の水準の平準化や財政の均衡に関して記載事項に位置付ける。【国民健康保険法】

(3) 医療扶助においてオンライン資格確認を導入する。【生活保護法、社会保険診療報酬支払基金法、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 等】

施行期日

令和4年1月1日(ただし、1(1)は令和4年10月1日から令和5年3月1日までの間において政令で定める日、2(1)は令和4年10月1日、2(2)及び4(1)は令和4年4月1日、4(2)は令和6年4月1日、4(3)は一部を除き公布の日から起算して3年を超えない範囲内において政令で定める日)

後期高齢者医療における窓口負担割合の見直し

- **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。

[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。

[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8.3万円⇒約10.9万円（**+2.6万円**）（配慮措置前は約11.7万円で+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
▲1,880億円	▲720億円	▲180億円	▲980億円

※ 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。

1. 現状及び見直しの趣旨

- 国民健康保険制度は、現在、平成30年度改革が概ね順調に実施されている。引き続き、財政運営の安定化を図りつつ、「財政運営の都道府県単位化」の趣旨の深化を図るため、国保運営方針に基づき、都道府県と市町村の役割分担の下、更なる取組を推進することが必要。
- 特に今後の課題として、法定外繰入等の解消や保険料水準の統一の議論等を進めることが重要。
- このため、以下の見直し内容について、法改正を含め対応を行う。

2. 見直し内容

- 法定外繰入等の解消や保険料水準の統一に向けた議論について、その取組を推進する観点から、都道府県国保運営方針に記載して進める旨を位置づける。
- 都道府県の財政調整機能の更なる強化の観点から、財政安定化基金に年度間の財政調整機能を付与する。これにより、剰余金が生じた際に積み立て、急激な医療費の上昇時などに納付金の上昇幅を抑えるなど、複数年での保険料の平準化に資する財政調整を可能とする。

【施行時期】 国保運営方針：令和6年4月 財政安定化基金：令和4年4月