

医療保険者を取り巻く最近の動向について

- 診療報酬改定
- 全世代型社会保障検討会議 中間報告
- 短時間労働者への適用拡大
- オンライン資格確認等
- 介護保険制度改正
- 国の審議会における協会の主な発言

診療報酬改定

令和2年度診療報酬改定について

- 個別の改定事項に係る議論は、厚生労働省の中央社会保険医療協議会において行われるとともに、予算編成過程において、診療報酬改定の改定率は以下の通りとなった。

診療報酬改定

➤ 診療報酬本体 +0.55%

※1 うち、※2を除く改定分 +0.47%

各科改定率	医科	+0.53%
	歯科	+0.59%
	調剤	+0.16%

※2 うち、消費税財源を活用した救急病院における勤務医の働き方改革への特例的な対応 +0.08%

➤ 薬価 ▲0.99%

※ うち、実勢価等改定 ▲0.43%

市場拡大再算定の見直し等 ▲0.01%

➤ 材料価格 ▲0.02%

※ うち、実勢価等改定 ▲0.01%

令和2年度診療報酬改定の基本方針（概要）

中医協	総	-	1	-	1
元	.	1	2	.	1
					1

改定に当たっての基本認識

- ▶ 健康寿命の延伸、人生100年時代に向けた「全世代型社会保障」の実現
- ▶ 患者・国民に身近な医療の実現
- ▶ どこに住んでいても適切な医療を安心して受けられる社会の実現、医師等の働き方改革の推進
- ▶ 社会保障制度の安定性・持続可能性の確保、経済・財政との調和

改定の基本的視点と具体的方向性

1 医療従事者の負担軽減、医師等の働き方改革の推進【重点課題】

【具体的方向性の例】

- ・ 医師等の長時間労働などの厳しい勤務環境を改善する取組の評価
- ・ 地域医療の確保を図る観点から早急に対応が必要な救急医療体制等の評価
- ・ 業務の効率化に資するICTの利活用の推進

2 患者・国民にとって身近であって、安心・安全で質の高い医療の実現

【具体的方向性の例】

- ・ かかりつけ機能の評価
- ・ 患者にとって必要な情報提供や相談支援、重症化予防の取組、治療と仕事の両立に資する取組等の推進
- ・ アウトカムにも着目した評価の推進
- ・ 重点的な対応が求められる分野の適切な評価
- ・ 口腔疾患の重症化予防、口腔機能低下への対応の充実、生活の質に配慮した歯科医療の推進
- ・ 薬局の対物業務から対人業務への構造的な転換を推進するための所要の評価の重点化と適正化、院内薬剤師業務の評価
- ・ 医療におけるICTの利活用

3 医療機能の分化・強化、連携と地域包括ケアシステムの推進

【具体的方向性の例】

- ・ 医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価
- ・ 外来医療の機能分化
- ・ 質の高い在宅医療・訪問看護の確保
- ・ 地域包括ケアシステムの推進のための取組

4 効率化・適正化を通じた制度の安定性・持続可能性の向上

【具体的方向性の例】

- ・ 後発医薬品やバイオ後続品の使用促進
- ・ 費用対効果評価制度の活用
- ・ 市場実勢価格を踏まえた適正な評価等
- ・ 医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価（再掲）
- ・ 外来医療の機能分化、重症化予防の取組の推進（再掲）
- ・ 医師・院内薬剤師と薬局薬剤師の協働の取組による医薬品の適正使用の推進

全世代型社会保障検討会議 中間報告

全世代型社会保障検討会議 中間報告(抜粋)

医療提供体制の改革

- 人生100年時代において国民の安心を確保するため、以下のような医療を取り巻く課題を踏まえ、健康を望む国民一人一人の自主的な取組を可能とする環境を整備するとともに、地域包括ケアシステムの構築、さらには地域共生社会の実現に向けた取組を進めることが重要である。疾病予防・早期対応から病気を抱えた後もその生活を支える医療のあるべき姿を見据え、地域医療の基盤を維持していくことが必要である。
- 団塊の世代が75歳以上を迎える中での高齢化による需要拡大への対応、生産年齢人口が減少する中での地域医療の確保、平均寿命の伸びを上回る健康寿命の延伸へ向けた予防・健康づくりの強化、セルフケア・セルフメディケーションの推進、ヘルスリテラシーの向上、働き方改革に対応した医師の職場環境の変化と地域医療の確保の両立、ゲノム医療等最先端医療の導入やデータヘルス改革の推進。
- 地域医療構想の推進、地域間・診療科間の更なる医師偏在対策、卒前・卒後の一貫した医師養成課程の整備、地域における看護職員をはじめとする医療関係人材の確保・育成、看護師・歯科衛生士等の復職支援・定着の推進、医師・歯科医師等の働き方改革、医療職種の役割分担の見直しにより、地域差を伴う「高齢化による需要増大」と「支え手減少」の進展などの環境変化に対応し、質の向上と効率改善を図り、地域で必要な医療を確保する。
- あわせて、外来機能の明確化とかかりつけ医機能の強化、在宅医療・歯科医療の更なる深化と推進、訪問看護体制の強化、中山間地を含む適切な遠隔医療の推進、健康・医療情報の連携・活用を含む健康寿命延伸のための食の確保・健康づくり・早期治療・重症化予防、医療といった一貫した施策の構築、地域における医科歯科連携を含む歯科医療機関の強化、地域における薬剤師・薬局機能の強化、医師の負担軽減の観点を含めた医療のかかり方の変容へ向けた取組推進、尊厳と意思の尊重された人生の最終段階の迎え方支援に取り組むことにより、患者中心の医療を深化させる。そのためにも、学校等における社会保障教育に加え、「かかりつけ医」「かかりつけ歯科医」「かかりつけ薬剤師」を通じた、また保険者を通じた社会保障教育の充実が必要である。

全世代型社会保障検討会議 中間報告(抜粋)

厚生年金(被用者保険)の適用範囲の拡大について

- 今回の改正では、50人超規模の企業まで厚生年金(被用者保険)の適用範囲を拡大することとする。スケジュールについては、2024年10月に50人超規模の企業まで適用することとし、その施行までの間にも、できるだけ多くの労働者の保障を充実させるため、2022年10月に100人超規模の企業までは適用することを基本とする。
- この際、中小企業・小規模事業者の生産性向上への支援を図るため、先端技術の実装を含め、革新的な製品・サービス開発のための設備投資支援や、小規模事業者に特化した販路開拓支援、ITツールの導入支援等を複数年にわたって継続的に実施する仕組みを構築し、必要な財源を確保することとする。
- あわせて、短時間労働者の適用要件のうち、1年以上の勤務期間要件は、実務上の取扱いの現状も踏まえて撤廃し、フルタイムの被保険者と同様の2ヶ月超の要件を適用する。
- また、5人以上の個人事業所のうち、弁護士・税理士・社会保険労務士等の法律・会計事務を取り扱う士業について、適用業種に追加する。

大きなリスクをしっかりと支えられる公的保険制度の在り方 ①後期高齢者の自己負担割合の在り方

- 70歳までの就業機会確保や、年金の受給開始時期の選択肢の拡大による高齢期の経済基盤の充実を図る取組等に併せて、医療においても、現役並み所得の方を除く75歳以上の後期高齢者医療の負担の仕組みについて、負担能力に応じたものへと改革していく必要がある。これにより、2022年にかけて、団塊の世代が75歳以上の高齢者となり、現役世代の負担が大きく上昇することが想定される中で、現役世代の負担上昇を抑えながら、全ての世代が安心できる社会保障制度を構築する。
- 具体的には、以下の方向性に基づき、全世代型社会保障検討会議において最終報告に向けて検討を進める。同時に、社会保障審議会においても検討を開始する。遅くとも団塊の世代が75歳以上の高齢者入りする2022年度初までに改革を実施できるよう、最終報告を取りまとめた上で、同審議会の審議を経て、来年夏までに成案を得て、速やかに必要な法制上の措置を講ずる。
- 後期高齢者(75歳以上。現役並み所得者を除く)であっても一定所得以上の方については、その医療費の窓口負担割合を2割とし、それ以外の方については1割とする。
- その際、高齢者の疾病、生活状況等の実態を踏まえて、具体的な施行時期、2割負担の具体的な所得基準とともに、長期にわたり頻繁に受診が必要な患者の高齢者の生活等に与える影響を見極め適切な配慮について、検討を行う。

全世代型社会保障検討会議 中間報告(抜粋)

大きなリスクをしっかりと支えられる公的保険制度の在り方 ②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大

- 外来受診時定額負担については、医療のあるべき姿として、病院・診療所における外来機能の明確化と地域におけるかかりつけ医機能の強化等について検討を進め、平成14年の健康保険法改正法附則第2条を堅持しつつ、大病院と中小病院・診療所の外来における機能分化、かかりつけ医の普及を推進する観点から、まずは、選定療養である現行の他の医療機関からの文書による紹介がない患者の大病院外来初診・再診時の定額負担の仕組みを大幅に拡充する。
- 具体的には、以下の方向性に基づき、全世代型社会保障検討会議において最終報告に向けて検討を進める。同時に、社会保障審議会及び中央社会保険医療協議会においても検討を開始する。遅くとも、2022年度初までに改革を実施できるよう、最終報告を取りまとめた上で、同審議会の審議を経て、来年夏までに成案を得て、速やかに必要な法制上の措置を講ずる。
- 他の医療機関からの文書による紹介がない患者が大病院を外来受診した場合に初診時5,000円・再診時2,500円以上(医科の場合)の定額負担を求める制度について、これらの負担額を踏まえてより機能分化の実効性が上がるよう、患者の負担額を増額し、増額分について公的医療保険の負担を軽減するよう改めるとともに、大病院・中小病院・診療所の外来機能の明確化を行いつつ、それを踏まえ対象病院を病床数200床以上の一般病院に拡大する。
- 具体的な負担額や詳細設計を検討する際、患者のアクセスを過度に制限しないよう配慮しつつ、病院・診療所の機能分化・連携が適切に図られるよう、現行の定額負担の徴収状況等を検証し、定額負担を徴収しない場合(緊急その他やむを得ない事情がある場合、地域に他に当該診療科を標榜する保険医療機関がない場合など)の要件の見直しを行う。

短時間労働者への適用拡大

被用者保険の適用拡大に係る見直し案

【1】短時間労働者への適用拡大

(1) 企業規模要件 ⇒ 今回の改正では、50人超規模の企業まで適用するスケジュールを明記する。具体的には、2024年10月に50人超規模の企業まで適用することとし、その施行までの間にも、できるだけ多くの労働者の保障を充実させるため、2022年10月に100人超規模の企業までは適用する。

(参考)見直しによって見込まれる影響(機械的推計)

	50人超	100人超	要件撤廃
■ 新たに適用となる人数	65万人 (要件撤廃時の1/2程度)	45万人 (要件撤廃時の1/3程度)	125万人
■ 所得代替率への効果 (注1) (各段階の企業規模を仮に長期存置した場合)	およそ0.3%増	およそ0.2%増	およそ0.5%増
■ 国費への効果 (医療・介護分のみ (注2))	430億円減	310億円減	800億円減
■ 事業主負担増 (注3)	1,590億円増	1,130億円増	3,160億円増

(注1) 所得代替率への効果は、2019年財政検証のケースⅢをもとに機械的に推計。

(注2) 国費への効果については、長期的に見れば、適用拡大による基礎年金水準向上に伴う国庫負担増を考慮する必要があることに留意(たとえば2019年財政検証のケースⅢで機械的に計算すると、給付水準調整終了後の2047年度(約28年後)で50人超の場合は約1,100億円、要件撤廃の場合は2,100億円(2019年度価格)の国庫負担増となる)。

(注3) 事業主負担増は、厚生年金保険料・健康保険料・介護保険料の負担を加味。

(注4) 上記の推計は、今後の短時間労働者の増減や賃金動向によっては変わらうもの。

【補足①】 企業規模要件の「従業員数」は、週労働時間が通常の労働者の3/4以上の者を指し、それ未満のパート労働者を含まない



【補足②】 月ごとに従業員数をカウントし、直近12か月のうち6か月で基準を上回ったら適用対象となる

(※) 一度適用対象となったら、従業員数が基準を下回っても引き続き適用。ただし被保険者の3/4の同意で対象外となることができる

【補足③】 従業員数のカウントは、法人なら同一の法人番号を有する全事業所単位、個人事業主なら個々の事業所単位で行う

被用者保険の適用拡大に関する考え方②

(2) 労働時間要件(週20時間) ⇒ まずは週20時間以上労働者への適用を優先するため、現状維持とする

【補足】 週20時間の判定は、基本的に契約上の所定労働時間によって行うため、**臨時に生じた残業等を含まない**

(※) 現行の運用では、実労働時間が2か月連続で週20時間以上となり、なお引き続く見込まれる場合には、3か月目から保険加入。

(3) 賃金要件(月8.8万円) ⇒ 最低賃金の水準との関係も踏まえて、現状維持とする

【補足】 月8.8万円の判定は、基本給及び諸手当によって行う。ただし、**残業代・賞与・臨時的な賃金等を含まない**

(※) 判定基準に含まれないものの例:

- 臨時に支払われる賃金(結婚手当等)
- 1月を超える期間ごとに支払われる賃金(賞与等)
- 時間外労働に対して支払われる賃金、休日労働及び深夜労働に対して支払われる賃金(割増賃金等)
- 最低賃金において算入しないことを定める賃金(精皆勤手当、通勤手当及び家族手当)

(4) 勤務期間要件(1年以上) ⇒ 実務上の取扱いの現状も踏まえて撤廃し、フルタイムの被保険者と同様の2ヶ月超の要件を適用する

【補足】 現行制度の運用上、実際の勤務期間にかかわらず、基本的に下記のいずれかに当てはまれば1年以上見込みと扱う

- ・ 就業規則、雇用契約書等その他書面において契約が更新される旨又は更新される場合がある旨が明示されていること
- ・ 同一の事業所において同様の雇用契約に基づき雇用されている者が更新等により1年以上雇用された実績があること

⇒ 適用除外となるのは、**契約期間が1年未満で、書面上更新可能性を示す記載がなく、更新の前例もない場合に限られている**

(5) 学生除外要件 ⇒ 本格的就労の準備期間としての学生の位置づけ等も考慮し、現状維持とする

【2】 非適用業種(法定16業種以外の個人事業所は非適用)の見直し

非適用業種 ⇒ 弁護士・税理士・社会保険労務士等の法律・会計事務を取り扱う士業については、他の業種と比べても法人割合が著しく低いこと、社会保険の事務能力等の面からの支障はないと考えられることなどから、適用業種に追加

適用拡大による医療保険の財政影響の試算

【適用の要件】

- ・ 週 20 時間以上
- ・ 月額賃金 8.8 万円以上（年収 106 万円以上）
- ・ 勤務期間 2 か月超
- ・ 学生を除外
- ・ 従業員 50 人超の企業に適用
- ・ 土業の個人事業所を適用業種に追加

対象者数 約 70 万人

<医療>

うち国保被保険者 約 40 万人

うち健保被扶養者 約 30 万人

（健保組合に約 20 万人、協会けんぽに約 45 万人が加入）

協会けんぽ	加入者増の影響	250 億円
	加入者減の影響	▲200 億円
	ネット負担	50 億円
健保組合	加入者増の影響	250 億円
	加入者減の影響	▲210 億円
	ネット負担	40 億円
共済		▲50 億円
国保		0 億円

公費支出	▲700 億円
うち国費支出	▲490 億円
うち地方負担	▲210 億円

○事業主負担

事業主負担	680 億円
-------	--------

(※1) プラスは財政悪化、マイナスは財政改善。

(※2) 上記の数値は、医療・介護分に係る収支。

(※3) 土業の対象者数は約 5 万人と設定。すべて協会けんぽに適用されると仮定している。

(※4) 国保組合における財政影響については、健康保険適用除外承認を受けることにより、引き続き加入が可能なことを踏まえ、考慮していない。

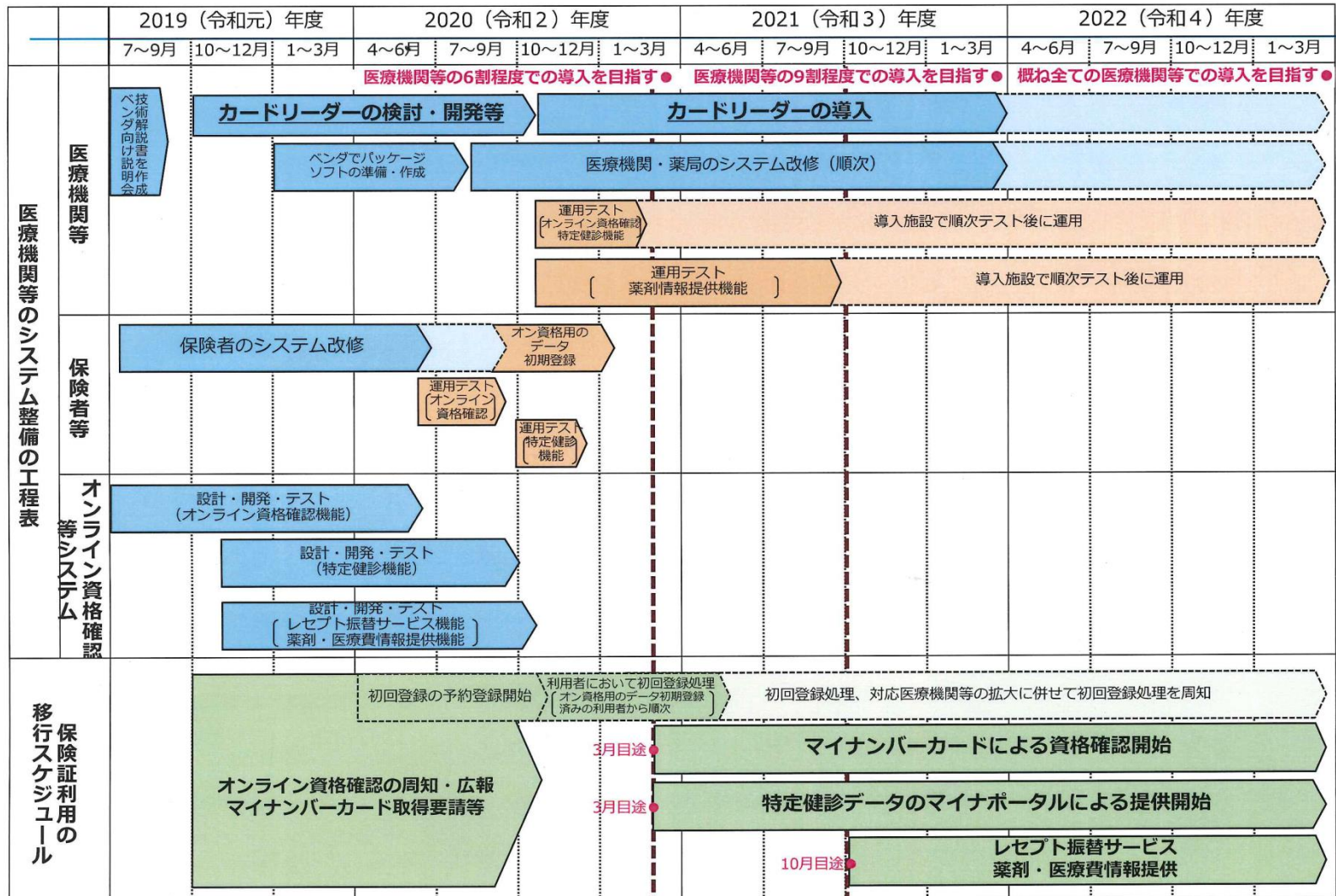
(※5) 2019 年度 予算ベースで試算。

(※6) 人数は 5 万人単位、金額は 10 億円単位で四捨五入している。

オンライン資格確認等

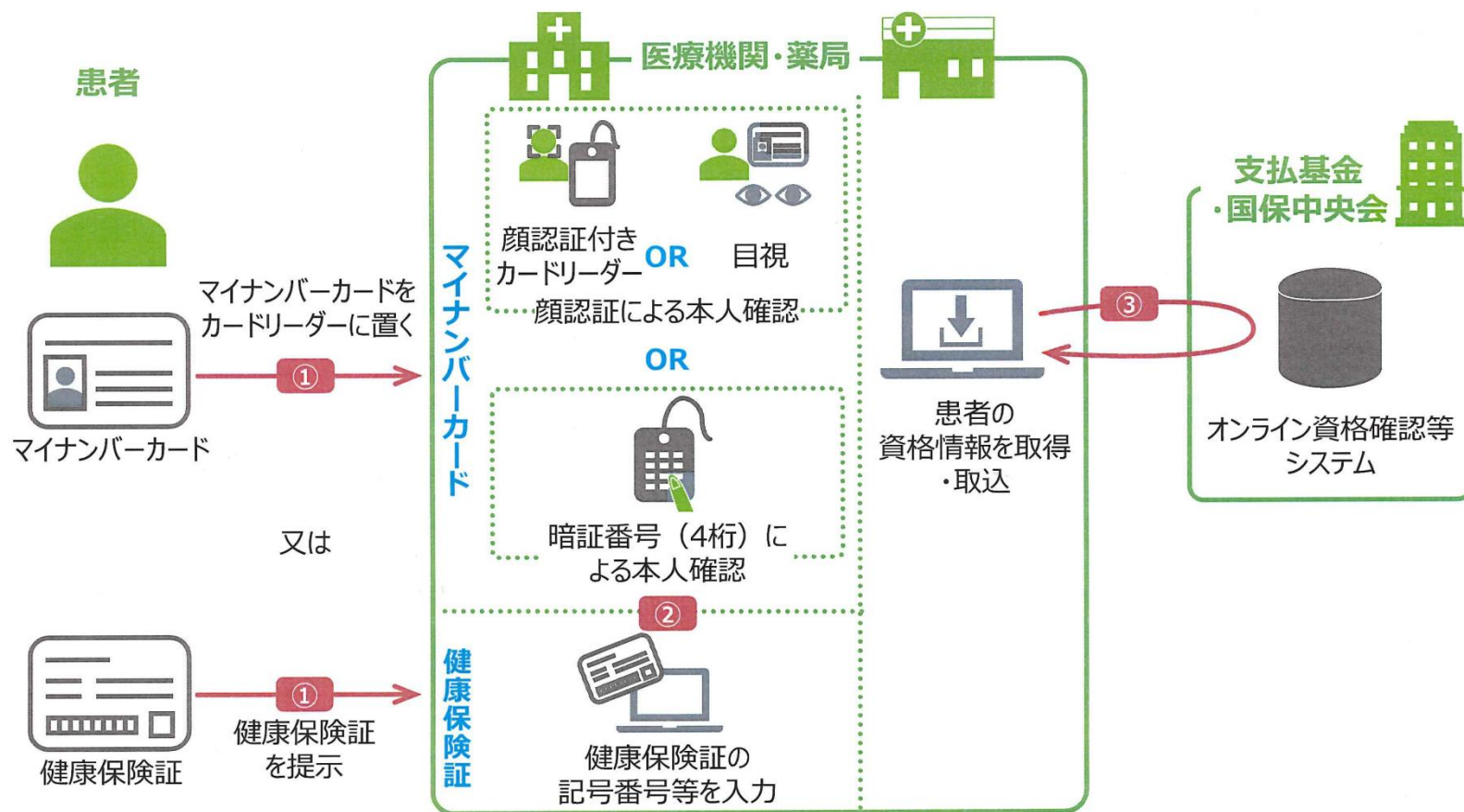
(3) 医療機関等のシステム整備の工程表・保険証利用の移行スケジュール

デジタル・ガバメント閣僚会議
(令和元年9月3日) 決定



オンライン資格確認の本人確認の仕方

オンライン資格確認では、マイナンバーカードのICチップまたは健康保険証の記号番号等により、オンラインで資格情報の確認ができます。

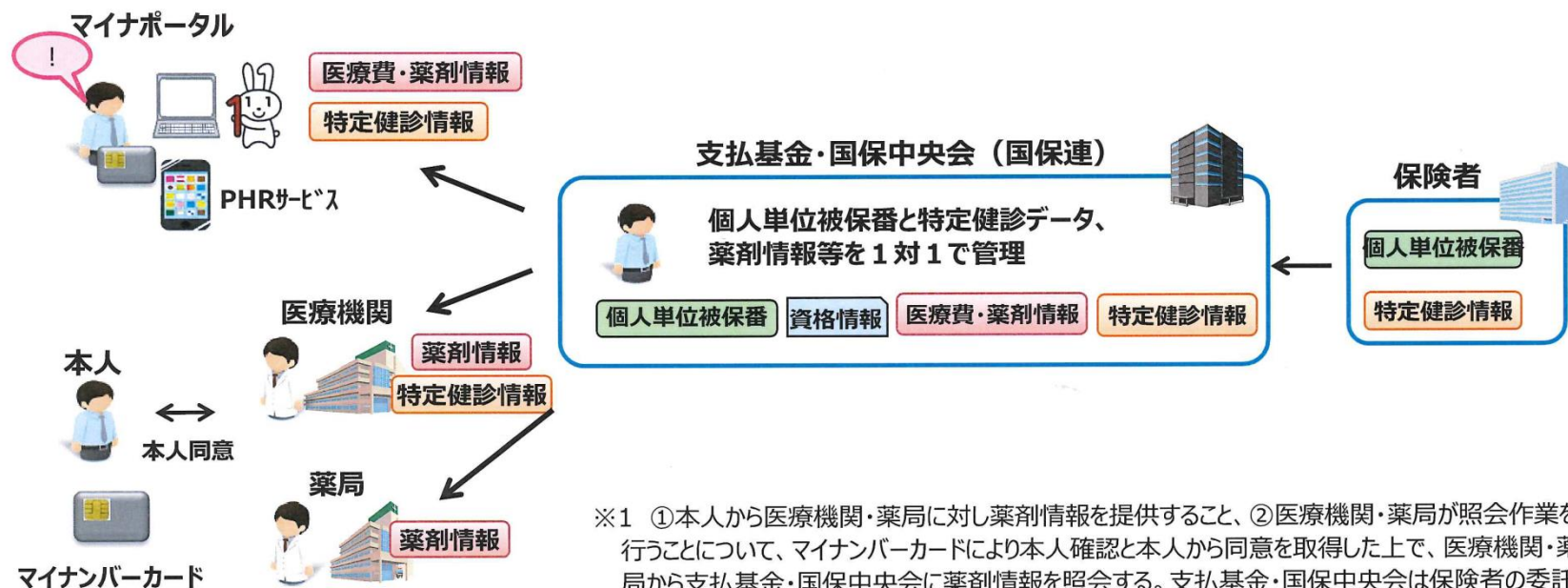


2-1. 薬剤情報等の閲覧方法について

(1) 薬剤情報・特定健診情報等の照会・提供サービスのイメージ

【導入により何が変わるのか】

- 患者本人や医療機関等において、薬剤情報や特定健診情報等の経年データの閲覧が可能。
⇒ 加入者の予防・健康づくり等が期待できる。



※1 ①本人から医療機関・薬局に対し薬剤情報を提供すること、②医療機関・薬局が照会作業を行うことについて、マイナンバーカードにより本人確認と本人から同意を取得した上で、医療機関・薬局から支払基金・国保中央会に薬剤情報を照会する。支払基金・国保中央会は保険者の委託を受けてオンラインで薬剤情報を回答する。

※2 医療機関・薬局における本人確認と本人同意の取得の履歴管理は、オンライン資格確認等システムにより、マイナンバーカードの電子証明書を用いて行う。

3. オンライン資格確認等の運用コスト試算

- 医療保険者等中間サーバー、オンライン資格確認、レセプト振替、特定健診・医療費・薬剤情報のシステム開発業者が決定したことに伴い、すべての機能が稼働する令和4年度における運用・保守費用（現時点）を取りまとめた。

単位：億円（税込）

令和4年度	オンライン資格確認	レセプト振替	特定健診・ 医療費・薬剤情報	計
運用・保守費用（年額）	16	3	3	約21

※1 支払基金及び国保中央会でシステム管理する体制に要する経費を含む。

※2 マイナンバーカードによるオンライン資格確認には、地方公共団体情報システム機構（J-LIS）による電子証明書の有効性確認のための手数料が発生するが、上記費用には含まれていない。なお、このJ-LISの手数料については、「マイナンバーカードの普及とマイナンバーの利活用の促進に関する方針」（令和元年6月4日デジタル・ガバメント閣僚会議決定）において、「マイナンバーカードの健康保険証利用に伴う運営費については、可能な限り縮減に取り組むこととし、J-LISの手数料の在り方についても検討する。」とされている。（J-LIS及び関係省庁と協議中）

- 医療保険者等中間サーバーとオンライン資格確認等システムの運用・保守費用を含めた比較

単位：億円（税込）

	中間サーバー 運用・保守費用	中間サーバー システム更新積立金	オンライン資格確認等 システム運用・保守費用	計
現行（オンプレミス） （平成30年度時）	33	26	—	59
クラウドに移行後 （平成30年5月時点の試算）	21～29	3	20	約44～52
クラウドに移行後 （令和4年度）	19	0	21	約39

※3 「現行（オンプレミス）」と「クラウドに移行後（平成30年5月時点の試算）」の費用には、支払基金及び国保中央会でのシステムの管理に要する体制の経費（平成30年度で7億円）とデータ連携項目のシステム改修費（平成30年度で4億円）は含まれていないが、「クラウドに移行後（令和4年度）」の費用には、支払基金及び国保中央会でのシステムの管理に要する体制の経費とデータ連携項目のシステム改修費は含まれている。

平成30年5月25日 医療保険部会資料

参考 3

オンライン資格確認等の運用コスト試算（精査中） ※現時点の要件整理に基づく粗い見積り

○ オンライン資格確認等の運営費用は、中間サーバーを含めた更なるコスト縮減を行うことで、保険者のトータルの負担の低減を図る。

（１）オンライン資格確認等の運用コスト試算（支払基金・国保中央会で運用するシステム部分） 単位：億円（税込）

	オンライン資格確認	特定健診データの 保険者間連携・提供	医療費・薬剤情報の提供	計
運用・保守費用（年額）	17	2	2	約20

※1 現時点の仕様に基づき見積もった粗い試算であり、精査が必要である（情報提供ネットワークシステムやマイナポータル等の国が運用しているシステムの運用コストは含まれていない）。初期費用は中間サーバーのクラウド化の仕様や開発方法等により変わるので記載していない。

※2 上記の運用・保守費用以外に、支払基金及び国保中央会でシステムを管理する体制に要する経費が必要と見込まれる。

（参考）保険者向け中間サーバーのクラウドへの移行による運用経費の比較（試算）

単位：億円（税込）

	運用・保守費用	システム更新積立金	計
現行（2018年度）※1	33	26	59
クラウドに移行後	21～29	3	約24～32

▲約27～35

※1 現在の中間サーバーは、管理者自らが購入したサーバー等をデータセンターに設置し、自ら管理・運用する方式（オンプレミス）である。

※2 クラウドサービスは、インターネットから分離された閉域の通信環境で接続する方式を想定。

※3 現行の中間サーバーの設計に基づく試算であり、保守・運用経費のうち、支払基金・国保中央会での運用経費（2018年度で7億円）とデータ連携項目のシステム改修費（2018年度で4億円）は含まれていない。現時点の粗い試算であり、今後、調査研究により精査する。

（２）資格履歴の一元化・資格確認等により解消が期待される事務コスト等

	事務コスト等	備考
①資格過誤による保険者、医療機関等の事務コスト	約80億円／年（試算）	保険者分 約30億円、医療機関・薬局分 約50億円
②医療費通知を紙からウェブサービスに変えることによる保険者の事務費用の節減効果（年1回分）	約4億円（～最大40億円）	全加入者（後期高齢者除く）が紙からウェブサービスに移行した場合は約40億円。マイナカード普及率11%を乗じて試算。

※1 支払基金に2016年度（2015年4月～2016年3月診療分）に請求されたレセプトのうち、資格過誤により返戻されたレセプトは147.6万件、384.7億円である。保険証の回収の徹底が困難な保険者では未収金も発生しており、事務コストをかけて資格を追跡しても不明なケースが少なくないが、この解消にもつながる。

※2 特定健診で保険者間の年間異動者が約500万人と推計される。現在は事務コストがかかるため保険者間での特定健診データの照会がほとんど行われていないが、資格履歴管理の仕組みにより、保険者間での効率的なデータの照会が可能になる。また、薬剤情報の提供により、多剤・重複投薬の軽減等が期待できる。

介護保険制度改革

介護保険制度の見直しに関する意見（案）（概要）

社会保障審議会
介護保険部会（第89回）
令和元年12月27日

参考資料 1

〇はじめに 〇地域共生社会の実現

- ・2040年には介護サービス需要が更に増加・多様化。現役世代（担い手）の減少も顕著に
- ・高齢者を支える地域包括ケアシステムは、地域共生社会の実現に向けた中核的な基盤となり得る
⇒2025年、その先の2040年、そして、地域共生社会の実現に向けて、介護保険制度の見直しが必要

I 介護予防・健康づくりの推進（健康寿命の延伸）

1. 一般介護予防事業等の推進

〇住民主体の通いの場の取組を一層推進

- ・通いの場の類型化
- ・ポイント付与や有償ボランティアの推進等による参加促進
- ・地域支援事業の他の事業とも連携した効果的な実施
- ・医療等専門職の効果的・効率的な関与
- ・関連データも活用したPDCAサイクルに沿った取組の推進
- ・通いの場に参加しない高齢者への対応

3. ケアマネジメント

〇介護支援専門員（ケアマネジャー）がその役割を効果的に果たしながら質の高いケアマネジメントを実現できる環境を整備

- ・多分野の専門職の知見に基づくケアマネジメント（地域ケア会議の活用）
- ・インフォーマルサービスも盛り込まれたケアプランの作成推進
- ・公正中立なケアマネジメントの確保、ケアマネジメントの質の向上
- ・質の高いケアマネジャーの安定的な確保、ケアマネジャーが力を発揮できる環境の整備、求められる役割の明確化

2. 総合事業

〇より効果的に推進し、地域のつながり機能を強化

- ・事業の対象者の弾力化（要介護認定を受けた者）
- ・国がサービス価格の上限を定める仕組みの弾力化
- ・総合事業の担い手を確保するための取組の推進
（有償ボランティアに係る謝金の支出、ポイント制度の創設）
- ・保険者機能強化推進交付金の活用等による市町村の取組、都道府県の市町村支援の促進
- ・就労的活動等を通じた地域とのつながり強化等のための環境整備

4. 地域包括支援センター

〇増加するニーズに対応すべく、機能や体制を強化

- ・センターの運営への保険者（市町村）の適切な関与
- ・センターと既存の社会資源との連携による地域の相談支援機能の強化
- ・介護予防ケアマネジメント業務の外部委託を行いやすい環境の整備
- ・保険者機能強化推進交付金の活用等によるセンター体制強化の推進

II 保険者機能の強化（地域保険としての地域の繋がり機能・マネジメント機能の強化）

1. PDCAプロセスの推進

〇保険者機能強化推進交付金の評価を活用しながら、実施状況を検証・取組内容を改善

- ・国や都道府県による市町村へのきめ細かな支援
- ・対応策の好事例の見える化・横展開

3. 調整交付金

〇後期高齢者の加入割合の違いに係る調整を精緻化

- ・要介護認定率により重み付けを行う方法から、介護給付費により重み付けを行う方法に見直し（見直しによる調整の範囲内で個々の保険者に一定の取組を求める）

2. 保険者機能強化推進交付金

〇介護予防や高齢者の活躍促進等を一層推進するため、抜本的に強化

- ・予算額の増額、安定的な財源の確保
- ・評価指標の見直し（成果指標の拡大、配分基準のメリハリ強化、判断基準の明確化）
- ・都道府県の市町村支援へのインセンティブ強化
- ・取組の達成状況の見える化の推進

4. データ利活用の推進

〇介護関連のデータ（要介護認定情報、介護保険レセプト情報、VISIT、CHASE）の利活用のための環境を整備

- ・介護関連のデータの一体的活用、NDB等との連結解析を進めるための制度面・システム面での環境整備の推進
- ・基本チェックリストなど介護予防に係る情報の活用
- ・国や都道府県による市町村支援・事業所の理解を得た上でのデータ収集によるデータ充実
- ・データ収集項目の充実の検討
- ・医療保険の個人単位被保険者番号の活用

Ⅲ 地域包括ケアシステムの推進（多様なニーズに対応した介護の提供・整備）

1. 介護サービス基盤、高齢者向け住まい

【今後の介護サービス基盤の整備】

○地域の実情に応じた介護サービス基盤整備

- ・高齢者人口や介護サービスのニーズを中長期的に見据えた計画的な整備
- ・特養、老健、介護医療院、認知症高齢者グループホーム、訪問介護等のそれぞれの役割・機能を果たしつつ、連携を強化しながらの整備
- ・都市部・地方部など地域特性を踏まえた整備
- ・高齢者向け住まい（有料老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅）の整備状況等も踏まえた整備
- ・「介護離職ゼロ」に向けた施設整備・在宅支援サービスの充実、介護付きホーム（特定施設入居者生活介護）も含めた基盤整備促進

【高齢者向け住まいの在り方】

○有料老人ホームやサービス付き高齢者向け住宅の質を確保するため、行政による現状把握と関与を強化

- ・都道府県から市町村への有料老人ホームに関する情報の通知
- ・未届けの有料老人ホームへの対応、介護サービス利用の適正化
- ・事業者に係る情報公表の取組の充実
- ・「外部の目」を入れる取組の推進（介護相談員等の活用）

【高齢者の住まいと生活の一体的支援の在り方】

- ・自宅と介護施設の中間的な住まい方の普及
- ・生活困窮者施策とも連携した住まいと生活支援の一体的な実施

2. 医療・介護の連携

【総論】

- ・地域医療構想等と整合した介護サービス基盤整備
- ・中重度の医療ニーズや看取りに対応する在宅サービスの充実
- ・リハビリテーションの適時適切な提供
- ・老健施設の在宅復帰・在宅療養支援機能の推進

【介護医療院】

○介護医療院への円滑な移行の促進

- ・早期の意思決定支援、手続きの簡素化等移行等支援策の充実
- ・医療療養病床からの移行等、介護医療院のサービス量を適切に見込むための方策を実施

【在宅医療・介護連携推進事業】

○地域の実情に応じた取組の充実のための事業体系の見直し

- ・認知症施策や看取りの取組を踏まえた見直し
- ・切れ目のない在宅医療・介護の実現に関する目標の設定
- ・一部項目の選択的实施や地域独自の項目の実施
- ・都道府県による市町村支援
（医師会等の関係機関との調整、情報発信、人材育成等）
- ・PDCAサイクルに沿った取組の推進
（指標の検討、地域包括ケア「見える化」システムの活用等）

Ⅳ 認知症施策の総合的な推進

【総論】

○認知症施策推進大綱に沿った施策の推進

- ・介護保険事業計画に基づく取組の推進（介護保険法上の計画記載事項に認知症施策の総合的推進を位置付け）
- ・他の施策との連携（他の計画との調和・連携）
- ・「共生」「予防」の取組の推進（介護保険法上に大綱の考え方・施策を位置付け。「認知症」の規定の見直し）

- ・認知症サポーターの養成、本人発信支援等の普及啓発の推進
- ・地域で認知症サポーター等が活躍できる仕組みづくり
（チームオレンジ）
- ・認知症予防に資する可能性のある活動の推進
- ・予防に関するエビデンスの収集・分析
- ・早期発見・早期対応に向けた体制の質の向上、連携強化
- ・認知症カフェ、家族教室、ピア活動等の家族支援の推進

V 持続可能な制度の構築・介護現場の革新

1. 介護人材の確保・介護現場の革新

【総論】○新規人材の確保・離職の防止の双方の観点からの総合的な人材確保対策の推進

○人材確保・生産性向上の取組を地域の実情に応じてきめ細かく対応していく体制整備、介護保険事業（支援）計画に基づく取組の推進

・介護職員の更なる処遇改善の着実な実施
・若者、潜在介護福祉士、元気高齢者等の多様な人材の参入・活躍の促進
・働きやすい環境の整備・介護職の魅力向上・外国人材の受入環境整備
・介護現場における業務仕分けやロボット・ICTの活用、元気高齢者の参入による業務改善など、介護現場革新の取組の推進
・事業所の大規模化、事業所の連携による共同購入、人材確保・育成、事務処理の共同化

・文書量削減
「介護分野の文書に係る負担軽減に関する専門委員会」の中間とりまとめ（令和元年12月）に沿って、指定申請、報酬請求、指導監査の文書等に関して、①簡素化、②標準化、③ICT等の活用等の取組を推進。
（※）介護保険法令とあわせて老人福祉法令に基づく手続き等にも整合的に対応
（※）専門委員会においてフォローアップを実施し取組を徹底

2. 給付と負担

(1) 被保険者範囲・受給者範囲

介護保険を取り巻く状況の変化も踏まえつつ、引き続き検討

(2) 補足給付に関する給付の在り方

負担能力に応じた負担とする観点から、施設入所者に対する補足給付、ショートステイの補足給付及び補足給付の支給要件となる預貯金等の基準の精緻化を図る

(3) 多床室の室料負担

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

(4) ケアマネジメントに関する給付の在り方

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、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

(5) 軽度者への生活援助サービス等に関する給付の在り方

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

(6) 高額介護サービス費

負担上限額を医療保険の高額療養費制度の負担上限額に合わせる

(7) 「現役並み所得」「一定以上所得」の判断基準

利用者への影響等を踏まえつつ、引き続き検討

(8) 現金給付

現時点で導入することは適当ではなく、「介護離職ゼロ」に向けた取組や家族支援を推進

その他の課題

1. 要介護認定制度

・更新認定の二次判定で直前の要介護度と同じ要介護度と判定された者について、有効期間の上限を36か月から48か月に延長
・認定調査を指定市町村事務受託法人に委託して実施する場合において、ケアマネジャー以外の専門的知識を有する者も実施可能とする

2. 住所地特例

・住所地特例の対象施設と同一市町村にある認知症高齢者グループホームを住所地特例の対象とすることについて、保険者の意見や地域密着型サービスの趣旨を踏まえて引き続き検討

○おわりに

・今回の制度見直しは、2025年に向けた地域包括ケアシステムの推進や介護人材不足等に対応するとともに、2040年を見据え、地域共生社会の実現を目指し、制度の持続可能性を確保しながら、自立支援・重度化防止や日常生活支援等の役割・機能を果たし続けられるよう制度の整備や取組の強化を図るもの
・関連法案の国会提出、社会保障審議会介護給付費分科会での議論など必要な対応が講じられることを求める

高額介護サービス費

社会保障審議会介護保険部会
(第88回)資料4より差替

考え方

- 高額介護サービス費の上限額について、医療保険における自己負担額の上限額に合わせ、年収約770万円以上の者と年収約1,160万円以上の者については、世帯の上限額を現行の44,400円からそれぞれ93,000円、140,100円としてはどうか。
- 年間上限の利用者数の実績を踏まえ、年間上限の時限措置については、当初の予定通り令和2年度までの措置としてはどうか。

介護保険の自己負担限度額 (月額)		医療保険の負担限度額 (H30.8~) (70歳以上・月額・多数該当)	
収入要件	世帯の上限額	収入要件※4	世帯の上限額
現役並み所得相当 (年収約383万円以上) (注：平成29年見直し前の基準※1)	44,400円(※2) 第二号被保険者を含む同一世帯の者のサービス自己負担額の合計	①年収約1,160万円以上	140,100円
		②年収約770万～約1160万円	93,000円
		③年収約383万～約770万円	44,400円
一般 (1割負担者のみ世帯は年間上限あり※3)	44,400円	一般	44,400円
市町村民税世帯非課税等	24,600円	市町村民税世帯非課税等	24,600円
年金80万円以下等	15,000円	年金80万円以下等	15,000円

見直しのイメージ

※1

- 世帯内の第一号被保険者の課税所得が145万円以上であり、かつ、第一号被保険者が一人のみの場合は年収約383万円以上（世帯内に他の第一号被保険者がいる場合は合計520万円以上）

- 現役並み所得者は、被保険者ベースで約320万人（全一号被保険者の約9.1%）。さらに、サービス受給者数ベースでは約16万人（全一号被保険者の約0.5%）。うち、自己負担額が44,400円を超えるサービスを利用する者は約10万人（全一号被保険者の約0.3%）。※4と同じ割合と仮定すると、年収770万円以上の者は約1.4万人、年収1,160万円以上の者は約1.7万人。

※2

- 実際には、高額介護サービス費の上限に到達するのは、例えば以下のケースが想定される。
 - ・ 3割負担者本人が介護サービスを利用しているケース
 - ⇒ 介護状態でありながら現役並み所得を得ている（不動産収入等がある）場合
 - ・ 3割負担者本人は介護サービスを利用しておらず、その配偶者（2割負担）が介護施設に入所しているケース
 - ⇒ 本人が就労し高収入を得ており、かつ、配偶者が年額280万円以上の厚生年金の受給等がある場合

※3

- 年間上限446,400円。平成30年9月～令和元年8月支出決定分で累計51,809件。（高額サービス費全体の件数（令和元年8月：1,639,419件）の3%）

※4

- 医療保険制度における70歳以上の加入者のうち、現役並み所得相当が占める割合は約7.7%
このうち、
 - ① 年収約1,160万円の占める割合は約17%
 - ② 年収約770万～約1,160万円の占める割合は約14%
 - ③ 年収383万～約770万円の占める割合は約69%

国の審議会における協会の主な発言

第414回 中医協 総会(R1.5.15開催) (出席:吉森理事)

議題 患者・国民に身近な医療の在り方について

発言 大病院受診時の定額負担に関して、定額負担の徴収が任意となっている200～399床の地域医療支援病院においても、90%弱の病院で初診時の定額負担を導入している。地域医療支援病院の役割を鑑みれば、これらの病院についても定額負担を責務とすることも考えられることから、地域における医療提供体制を踏まえ、医療アクセスを阻害しないよう留意しつつ、検討してもいいのではないかと。

第416回 中医協 総会(R1.6.12開催) (出席:吉森理事)

議題 医療におけるICTの利活用について

発言 高齢者が引き続き「支え手」となるための就労促進や個々人のQOL向上による経済社会の活力維持の観点では、疾病を抱えながら働き続けられるようにするための環境整備が重要な課題であり、そのための有効な手段の一つが、オンライン診療・オンライン服薬指導であり、企業の人材確保や医師の働き方改革の観点からも重要なテーマであると考えている。へき地・離島の利活用、在宅における利活用だけでなく、「在勤」における利活用もテーマに加えていただきたい。

第417回 中医協 総会(R1.6.26開催) (出席:吉森理事)

議題 医薬品・医療機器の効率的かつ有効・安全な利用について

発言 後発医薬品の使用促進のための体制加算の考え方について、薬局では著しく使用率が低いケースを対象として平成30年度に減算規定を設定した経緯があるが、医療機関における後発医薬品の使用割合についての議論は見送られている。後発医薬品の使用率が高いことが必ずしも評価できるわけではないことは一定程度理解した上で申し上げるが、医療機関での後発医薬品の使用促進においても、後発医薬品の使用割合が著しく低い医療機関については、外来後発医薬品使用体制加算に関連して、処方箋料の減算なども検討に値するのではないかと。

第427回 中医協 総会(R1.10.23開催) (出席:吉森理事)

議題 個別事項(その5)について

発言 CTやMRIの共同利用をより一層進めるに当たっては、まず、どの程度の機能を搭載した診断装置の利用を進めていくのかを明確にしておく必要があると考える。平成28年度改定を踏まえれば、高機能の診断装置を適正かつ効率的な利用を推進する観点で、64列以上のマルチスライス型CT及び3テスラ以上のMRIといった高機能の診断装置の共同利用を促進すべきとの意図であり、今回もその考え方は踏襲していると理解しているが、それであれば、それ以外の診断装置による撮影時の報酬をより適正化するなど、更にメリハリのある報酬体系とすべき。

第428回 中医協 総会(R1.10.25開催) (出席:吉森理事)

議題 個別事項(その6)について

発言 治療と仕事の両立支援の促進策のための療養・就労両立支援指導料の見直しについて、産業医の選任義務がない小規模の事業所において、労働安全衛生法に位置付けられている職種の方が両立支援プランを作成することを可能とし、産業医の関与をマストとはしない見直し案の方向性は理解できる。ただし、産業医以外の衛生管理者等が作成した両立支援プランについては、その質を確保する観点から、主治医が内容をチェックし、必要に応じて見直しプランを共有することが実効性を担保するために必要な対応と考えるため、プラン共有までを算定要件の範囲とすべき。

第429回 中医協 総会(R1.10.30開催) (出席:吉森理事)

議題 外来診療(その1)について

発言 かかりつけ医について、患者への説明や理解度を高めるための取組については、我々保険者としても、あらゆるチャネルを使って啓蒙活動を含めて行っている。一方で、検証結果にもあるように、患者が医師から説明を受け、リテラシーを高めることが必要である。そのためには、かかりつけ医の機能強化加算について、費用面も含めて院内掲示することを要件化すべきであり、直接説明する者を医師、看護師、事務員等の誰にするのかという整理は必要であるが、初診時に患者に対し、機能強化加算について文書でしっかりと説明いただきたい。

第433回 中医協 総会(R1.10.30開催) (出席:吉森理事)

議題 入院医療(その1)について

発言 総合入院体制加算の要件は、内科、精神科、小児科など複数の診療科を標榜し、それらに係る総合的な入院医療の提供を評価する加算であるが、最近の産科、小児科を標榜する医療機関の減少傾向の中で、その入院体制の確保は重要な課題であり、一方で地域での質の高い医療の提供において、地域包括ケアなどの推進により、医療提供の適切な役割分担が進められており、これら地域における医療提供体制の在り方に寄り添う観点から、総合入院体制加算の施設基準の見直しをする方向性は理解できる。今後、地域においてどのように分担体制を進めていくのかを見据えつつ、医療提供体制の再編・統合を進める観点から、地域の実情を踏まえて施設基準の要件を一定程度緩和することは必要な対応ではないかと考える。

第433回 中医協 総会(R1.11.6開催) (出席:吉森理事)

議題 個別事項(その9)について

発言 医療費適正化の観点から、国が後発医薬品の使用促進をするため、2020年9月末の使用割合の目標を80%としたわけであり、80%ありきで診療報酬上どのような対応ができるかという視点で、様々な取組を行ってきた。しかし、次期改定から目標達成の期限まで残りわずかな期間で、即効性の効果を出す取組は何か、その取組を進めるに当たっての課題は何か、というように対症療法的に対応する必要性についても方向性は決めなければならない。一方、諸外国を見ても後発医薬品の使用割合が90%を超えているところがいくつもあり、後発医薬品の使用促進による医療費適正化の取組は来年9月で終わりではないと考えている。

80%目標に向けてどのような取組を行うかという論点、今後医療費適正化をさらに進めていくための論点と論点を分けて整理し、その中で中医協において何をすべきなのか議論を深めるべき。

そこで、現実的にはまず80%目標を達成するために、水準を引き上げるのか、ペナルティーを課すのかといった手段が考えられるので、今申し上げた視点から議論を深めるべき。

第436回 中医協 総会(R1.11.27開催) (出席:吉森理事)

議題 個別事項(その11)について

発言 医師が採型・採寸を行っていないにも関わらず、治療用装具の採型・採寸料が算定されている問題について、医師がきちんと趣旨に則って適切に治療用装具を作成している実態もある一方で、医師の指示によらず義肢装具士が作成しているような不適切な実態もある。その原因は、制度創設時の医療機関が採寸・採型し治療用装具を作成する形から、義肢装具士が治療用装具を作るのが主流となった一方で、現場での採寸・採型の取扱い実態が旧体系のままであり、指示・作製における解釈に曖昧さがあり、疑義解釈に齟齬が生じたことによる。次期改定では医師と義肢装具士の役割区分を明確にし、曖昧さを残さないように、次回しっかりと議論すべき。

第436回 中医協 総会(R1.11.27開催) (出席:吉森理事)

議題 個別事項(その11)について

発言 有床診療所が地域で果たしている役割の現状において、施設数や病床数については横ばい・減少傾向にあり、また、人員配置状況を見ると、地域において様々な機能を似ない一定の役割を果たしていることは理解できるが、地域の実情に合わせて、患者のニーズや地域における役割に係る環境変化を踏まえた検討が必要である。
これは中医協での議論ではないと思うが、地域医療における有床診療所の位置付けや必要性を改めて整理した上で、その整理も踏まえ、有床診療所の入院医療に係る評価の在り方を検討すべき。

第438回 中医協 総会(R1.12.4開催) (出席:吉森理事)

議題 個別事項(その12)について

発言 NICU病床の見直し整備及び周産期医療における機能分化・連携や、医師の働き方改革を推進する観点から、新たな新生児特定集中管理料1の届出については、例えばNICU病床が6床以上など病床規模を届出の要件とするなど、集約化・適正化を図っていくことが必要。患者状態に応じた医療資源の投入と質の高い最適な医療を提供する観点から、NICUに入院している新生児の状態や診療実績を把握することは重要な視点であり、各施設の役割を踏まえ、その体制や病床規模別にどのような実態となっているかを確認した上で、各都道府県において集約化・重点化について議論を深めるべき。

第439回 中医協 総会(R1.12.6開催) (出席:吉森理事)

議題 入院医療(その4)について

発言 地域包括ケア病棟の届出について、許可病床数が大きい医療機関の届出において「地域の意見を求めることを要件とする」とあり、地域医療構想調整会議を想定していると考えるが、意見を求めるプロセスについて、許可病床数が大きい医療機関から届出があった場合に、地域医療構想調整会議での議論を促し、そこから意見をもらうというプロセスなのか。そうであるならば、地域医療構想調整会議で届出に否決された場合に届出できないことになるのか、あくまで意見として受け止め届出はできることとするのか、地域医療構想調整会議の協議結果を、実効性のある形で担保し、診療報酬の要件とするには、しっかりと整理する必要がある。

第440回 中医協 総会(R1.12.11開催) (出席:吉森理事)

議題 横断的事項(その3)について

発言 ギャンブル依存症について、本来的には、現在、日本国内でどのような治療が行われていて、どの程度効果があるのか、また、諸外国でどのような対応がなされているかなどをしっかりと分析し、真に効果のある治療法に限って保険適用すべきと考える。少なくとも、今回事務局から提示されている「標準的治療プログラム」については、被験者が187名と少ないものの、一定の有効性が確認されているということであり、当該プログラムを含め、国内外で実施されている治療に係るエビデンスを継続して収集し、見直しを図っていくこと、及び、依存症対象者の判定基準と要件を明確にして対応することを条件とするのであれば、この標準的治療プログラムを活用した治療を行った場合に限り、保険適用することについては明確には反対しない。今後、治療実績や資料を収集し、実効性を担保すべき。

加熱式たばこについては、健康影響に関して今後も調査研究を継続していくことが必要であるとされており、ニコチン依存症管理料の対象とすることは時期尚早の感が否めないが、程度の差こそあれ加熱式たばこが人体に有害であることは間違いがなく、WHOのインフォメーションシートにおいて、他のすべてのたばこ製品に適用される政策に従う必要があることなども新たに資料として提示されたことから、絶対に反対するものではない。

また、ニコチン依存症管理料に対面診療と情報通信機器を用いた診療を組み合わせることについては、安全性・有効性を担保することを前提として検討することには反対しない。

第441回 中医協 総会(R1.12.13開催) (出席:吉森理事)

議題 入院医療(その5)について

発言

質と安全性の高い薬物治療を効率的かつ適正に実施する観点で、採用薬の治療効果や費用対効果及び使用上の注意事項を事前評価し、医薬品の使用指針を定め、使用ガイド付き医薬品集(フォーミュラリー)を策定しておく有効性は理解できる。まずは、特定機能病院における取組を促進し、それを地域に波及させていく方向性は非常に有意義な取組であり、また、次期改定の重要課題である医療従事者の負担軽減という観点からも、必要な取組であると考えている。

ただし、使用ガイド付き医薬品集の作成・維持を行う体制の評価を検討する前提として、使用指針や使用ガイド付き医薬品集の策定プロセス、及び策定委員会などの体制整備など、使用ガイド付き医薬品集の運用についての標準的な在り方の検討が必要であり、評価については十分な検討を重ねた後で検討すべき。

第442回 中医協 総会(R1.12.18開催) (出席:吉森理事)

議題 横断的事項(その14)について

発言

治療上の必要性のため、オンライン診療の適応となり得る患者が、診療報酬算定上で満たせない要件や算定方法等について、医療の質や安全性の確保を大前提に前向きに要件等の見直しを検討することは、治療の継続性を確保する観点からも望ましい方向であると考えている。

「頭痛学会によるオンライン診療の位置付け」について、日本頭痛学会によるオンライン診療指針の厳格な遵守履行が担保されるような要件の設定を前提に賛成する。また、慢性頭痛のように、医学管理料の評価のない疾患については、事務局提案の通り、医学管理料とは別にオンライン診療を位置付ける整理が妥当であると考えている。

第121回 医療保険部会(R1.11.21開催) (出席:安藤理事長)

議題 被用者保険の適用拡大について

発言

企業規模要件の見直しによる医療保険者への財政影響に関して、最終的な影響額だけでなく、試算の前提についてもお示しいただく必要があると考える。例えば、新たに対象となる方のうち、国保の被保険者と健康保険の被扶養者がどの程度いて、それぞれ何人ずつ健保組合と協会に移動する想定なのか、標準報酬や医療費はどのくらい見込んでいるのかといったこともお示しいただいた上で議論する必要があると考えるので、次回議論する際には、試算の前提も含めた詳細な資料をご提示いただくようお願いしたい。

その上で、財政影響を見ると、3パターンの試算のいずれの場合であっても、協会にとっては30～140億円のマイナス影響があることが示されている。これにより、保険料を更に引き上げざるを得ない可能性もあり、そのような保険料負担の変動は、加入者や加入事業所の理解、納得を得られないと考える。

また、協会けんぽは、被用者保険のセーフティネットであり、国民皆保険を維持していく上で、協会けんぽが持続可能であることが大変重要だということは、論を待たないところである。それにもかかわらず、加入者のほとんどが中小零細企業で働き、所得水準が低い中で、他の被用者保険より高い保険料を負担している協会けんぽの加入者に更なる負担を求めることは、加入者や加入事業所の理解、納得を得られないと考えるので、適用拡大により協会けんぽの財政にマイナス影響を及ぼす場合には、必ず財政措置を講じていただくようお願いしたい。

第122回 医療保険部会(R1.11.28開催) (出席:安藤理事長)

議題 医療保険制度をめぐる最近の動向について(報告)

発言

12月中旬頃に開催予定の全世代型社会保障検討会議の中間とりまとめについて、医療保険制度改革の方向性が盛り込まれるとの一部報道もある。我が国の医療保険政策を担う医療保険部会において、十分な議論が行われていない中、中間とりまとめが行われることについて、非常に残念である。また、このような状況が続くと、骨太方針2020に向けた議論が、中間とりまとめに盛り込まれた事項に限られるのではないかと、医療保険部会が形骸化するのではないかとという危機感さえ覚える。中間とりまとめが、どのような内容になるにせよ、骨太の方針2020に向けた全世代型社会保障検討会議において、医療保険部会における議論の結果がしっかりと反映されることが何より重要であると考えており、厚労省におかれては、医療保険制度の所管省庁として、政府における議論をしっかりとリードしていただくよう、強く要望する。

第15回 医療計画の見直し等に関する検討会(R1.10.18開催) (出席:藤井理事)

議題 地域医療構想のこれまでの議論について

発言

今回、厚生労働省から都道府県に対し、公立・公的医療機関の診療実績を見える化した分析結果を提示いただいたことについては、様々な意見があるようだが、調整会議における議論の活性化のきっかけとなり、今後都道府県がイニシアチブを取り、議論が加速していくことを保険者としては強く期待している。

協会けんぽは、国民の3分の1に相当する約4,000万人が加入する医療保険者であり、現役世代を中心とした加入者のビッグデータを活用することで、地域医療構想の実現に向けた議論の活性化に一役買うことができる。また、協会を含め、被用者保険者は、医療関係者及び自治体の首長の影響を受けることなく、加入者の立場から公平な視点で、医療需要に見合った効率的かつ効果的な地域医療提供体制の構築に向けた意見を発信することができる。

しかしながら、定員の定めがある調整会議の中には、市町村国保等が参画しているため、被用者保険者が参画できない構想区域がある。被用者保険者は、市町村国保や後期高齢者医療広域連合と加入者の年齢層も異なり、市町村国保等とは異なる視点から意見発信することもできることから、市町村国保等と一緒に被用者保険者も参画できるよう、厚生労働省から都道府県に通知等で働きかけをいただくようお願いしたい。

第123回 医療保険部会(R1.12.25開催) (出席:安藤理事長)

議題 オンライン資格確認等の普及に向けた取組状況について

発言

特定健診データ等の保険者間引き継ぎの同意の在り方について、私ども医療保険者は、加入者の健康を守ることが最大の責務であり、特定健診・特定保健指導は、それを実現するための最も重要なツールと考える。より効果的な特定保健指導を実施するためには、経年の特定健診結果を活用し、加入者の健康状態を十分に把握した上で実施することが非常に重要であり、加入者もそのような質の高い特定保健指導を望んでいると思われます。また、こうした取組を実施するため、高齢者の医療の確保に関する法律において、特定健診記録の保険者間引き継ぎに関する規定があるが、これまでは、紙や電子媒体による引き継ぎが前提であったため、紛失等による個人情報漏えいリスクや、事務負担の観点から、非常に限定的な範囲でしか行えていなかったのが実態である。しかし、今後は、オンライン資格確認等システムを活用することにより、セキュアな環境の下、電子データによるデータの引き継ぎが可能となる。これにより、加入者にとって最適な保健指導を実施するための環境が整ったと考えており、保険者としても、この仕組みを積極的に活用していきたいと考える。

そのような中、引き続き、現行の基準省令に基づき本人同意を必要とした場合、協会けんぽでの実際の同意取得の運用を考えると、実際に同意が取れる機会というのはものすごく限られるので、特定保健指導の初回面談時に、前保険者以前の特定健診データを活用することは非常に難しいというのが実情である。これまで、厚労省や保険者、健診機関関係者など様々な関係者が一致団結して検討を進めてきたこの仕組みを十分に活用し、加入者の質の高い特定保健指導を提供するため、セキュアな環境での電子データのやりとりを前提に、本人同意を不要とする方向で検討を進めていただきたい。

次に、オンライン資格確認等の運用コストの試算について、J-LISによる電子証明書の有効性確認のための手数料に関する記載があるが、現在、手数料は1件2円と承知しており、仮に政府のマイナンバー取得促進計画のとおり、ほぼすべての国民がマイナンバーカードを取得し、保険証として医療機関等で使用した場合、かなり大きな金額になることが想定される。これを保険者の負担とした場合、保険料を負担する保険者が、手数料負担のかからない現行の健康保険証を利用した方が得であると考えてしまい、マイナンバーカードを取得するインセンティブを失うことが想定され、保険者としても、加入者のマイナンバーカードの取得を促進しづらくなってしまい、マイナンバーカードの取得やオンライン資格確認の導入を円滑に進める観点から、十分に検討した上で適切にご対応いただくようお願いしたい。

第7回 働き方の多様化を踏まえた社会保険の対応に関する懇談会(R1.9.2開催) (出席: 藤井理事)

議題 これまでの議論の整理

発言 健康保険と厚生年金保険を分けて適用することは、被扶養者は留まる一方、国保加入者からの流入のみが起ることや、事業主や加入者を始めとした実務上、かなり大きな課題を抱えることになるので、一体的に議論することが適当と考える。

また、適用拡大の要件については今後、様々なパターンで、議論を行うことになると思慮する。それぞれのパターンごとに医療保険財政にどのような影響があるかをきめ細かく試算していただくことが必要。試算結果について、本検討会では提示いただけないとのことであるが、先々の然るべき検討会の場にご提示いただくよう強くお願いする。

第8回 働き方の多様化を踏まえた社会保険の対応に関する懇談会(R1.9.20開催) (出席: 藤井理事)

議題 議論のとりまとめ

発言 適用拡大の要件については今後、様々なパターンで、議論を行うことになると考える。それぞれのパターンごとに、医療保険財政にどのような影響があるかをきめ細かく試算していただくことが必要である。本懇談会で試算結果も踏まえた具体的な議論ができないことは非常に残念であるが、然るべき検討会の場で早急にご提示いただくよう強くお願いする。

また、今回の適用拡大により保険者にマイナスの財政影響が生じる可能性があると考えするため、必要に応じて支援措置を講じることも検討いただくようお願いしたい。

第86回 介護保険部会(R1.11.27開催) (出席:安藤理事長)

議題 論点ごとの議論の状況

発言 高額介護サービス費について、医療に比べて介護の方がより長期的なサービス利用が必要となるという事情があることは理解しているが、医療保険とのバランスや現役世代との負担の公平性の観点から、基本的には医療保険と足並みをそろえる方向で検討すべき。
また、経過措置の上限については、あくまで経過措置であるということを前提に、2019年7月における高額介護サービス利用件数に占める割合を見ても、3%と非常に少なく、延長すべき特段の事情があるとまでは言えないことから、廃止してよいのではないかと考える。

第87回 介護保険部会(R1.12.5開催) (出席:安藤理事長)

議題 論点ごとの議論の状況

発言 介護保険の利用者負担原則2割への見直し、ケアプラン作成における利用者負担の導入、高額介護サービス費における医療保険制度とのバランスを踏まえた現役並み所得の基準見直し、2割負担の者の範囲の拡大について、確実に実施していただきますようお願いしたい。

第88回 介護保険部会(R1.12.16開催) (出席:安藤理事長)

議題 とりまとめに向けた議論

団塊の世代がすべて75歳以上となるのは2025年だが、団塊の世代が75歳に到達しはじめる2022年から高齢者医療費が急増するなど、問題が顕在化しはじめる。介護保険制度改革が3年に1度であることを踏まえると、今回の介護保険制度改革が最後のチャンスと思っている。

このため、今回の改革において、ケアプランの作成における利用者負担の導入、介護保険の利用者負担原則2割への見直し、あるいは2割負担の者の範囲の拡大を実施すべきと考える。

また、高額介護サービス費の現役並み所得相当については、事務局の提案のとおり、見直していただきたい。