

関係審議会の動向と意見発信の状況

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

論点に沿って意見を申し上げる。まず、後期高齢者の窓口負担の在り方について、以前も申し上げたが、所得に応じて1割、2割、3割負担となっている介護保険も参考にしつつ、複数のパターンで対象者数や医療保険財政に与える影響等を試算していただき、資料としてご準備いただく必要がある。

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。

予防・健康づくりについて、コラボヘルスの取組をより一層推進していくため、関連する法体系の中にしっかりと位置付けるなど、確固たる土台作りを進めていくことには賛成。その上で、40歳未満の事業主健診情報の保険者への集約については、まずそれ以前に、現行の40歳以上の事業主健診情報が確実に事業主から保険者に提供される仕組みとすることが必要。そのための対応として、運用の見直しやTHP指針の充実・強化を検討いただいていることに感謝申し上げます。これは、健診機関の団体や保険者など、関係者が連携して早急に実行に移すべき課題と考えているので、実施時期やそこに至るまでの検討スケジュール、労働部局と保険局との役割分担について、どのように整理されているか教えてほしい。

薬剤自己負担の引き上げについて、見直しの方法は様々考えられるが、医療保険制度の持続可能性の確保につながるよう、諸外国の例も参考にしつつ、十分な財政効果が得られるような見直しを図っていただきたい。

現役並み所得の判断基準の見直しについて、現役並み所得者の範囲を拡大する場合は、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。さらに根本的なことを申し上げると、後期高齢者医療制度の財源構成について、基本的には公費50%、現役世代の負担40%、後期高齢者の保険料10%となっているそれ以外の者と同様に、公費負担50%とすることをご検討いただきたい。

費用対効果評価の活用について、将来的には、イギリスやスウェーデンのように償還可否の決定に用いることも検討すべきと考えるが、昨年度から導入された仕組みであり、企業分析における課題等も出てきていると聞いている。まずは中医協において、実施状況をしっかり検証いただき、制度の成熟度を高めるとともに、現行最大で1年半かかる保険収載から価格調整までの期間をできる限り短縮していくことが先決ではないか。

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。

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。

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。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。

議題 令和3年度予算概算要求(保険局関係)

発言

40歳未満の事業主健診情報を保険者に集約するためのシステムを構築することだが、これまでも申し上げている通り、まず優先的に対応すべきは40歳以上の事業主健診データが、確実に保険者に提供される仕組みの構築であると考えているので、早急に調整を進めていただくようお願いする。

第185回 介護給付費分科会(R2.9.14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

VISITやCHASE等を有効に活用し、介護に関するエビデンスを集積していくことで、介護の質を高めることやアウトカム評価を充実していくことは非常に重要である。この取り組みをより実効あるものとしていただきたい。

一方、介護人材が不足する中で過度に現場に負担を求めることで介護の質が下がり、事業所がVISITやCHASEの活用に消極的になってしまっは本末転倒である。VISITのデータ入力作業及び入力する利用者情報の収集において、現場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検討していただく必要がある。

また、リハビリテーションに関して、医師がより深く関与することの重要性がデータで示されている。リハビリの実施を指示するだけでなく、詳細な内容にまで関与することが重要である。

第186回 介護給付費分科会(R2.9.30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

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に入っているのではないかと考える。

介護職員のキャリアパスの整備と、それに応じた給与体系の整備が、人材確保の観点から非常に重要だと考える。これまでも、処遇改善加算の要件として、キャリアパス要件などを設定してきたが、まだまだ職員の実感からすると不十分かと思うので、より踏み込んだ要件設定を検討するなど、介護を生涯の職業として安心して選択できるような、環境整備が必要である。

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乗せするなど、見直す必要があるのではないか。

第189回 介護給付費分科会(R2.10.22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

特定事業所加算は、介護職員等特定処遇改善加算の取得とも関係する加算であり、区分支給限度基準額との関係で算定できていないケースがあるとすれば、訪問介護員の処遇改善の観点から、一定の見直しを行うことは理解できる。一方で、特定事業所加算により得た報酬は処遇改善以外にも充てられるかと思うので、現行の特定事業所加算が処遇改善にどの程度寄与しているのかということも、丁寧に見ていく必要がある。また現行の特定事業所加算は、人材要件と体制要件により取得できる区分があるが、より難易度の高い介護をしっかりと評価していく観点から、加算を見直す場合は、重症者対応要件を必須としてはどうか。

看取り期への対応について、本来、看取り期の利用者は、訪問看護や定期巡回・随時対応型訪問介護看護等の医療系、あるいは24時間対応のサービスを利用させていただくことが適当ではないかと考える。実態として訪問介護で看取り期の対応をしているならば、医療・ケアチームの話し合いや訪問介護を行う中でどのような役割を果たしているのか、あるいはそうした役割を担うだけの知識や経験等をどの程度有しているのか等、看取り期における訪問介護の役割・実態を示すデータを、もう少し詳しく提示していただく必要がある。

訪問看護について、理学療法士等による訪問看護の状況を見ると、今後、訪問看護が本来の役割を十分に果たせなくなることが危惧されるので、看護職員割合の人員基準への追加や、看護職員による訪問割合が著しく低い事業所に対する減算など、本来あるべき姿に誘導していくことが必要である。

また、要支援1,2の利用者に対して、理学療法士等が具体的にどのようなサービスを提供しているのかが、本日の資料ではわからないが、要介護の利用者とは異なり、本来、訪問介護や訪問リハ等、他のサービスで対応すべき方が多くいるように思うので、理学療法士等による訪問看護については要支援を対象外とするなど、要支援と要介護の利用者の利用実態等を踏まえ、他の介護サービスとの整理・役割分担も含めた大胆な見直しを検討していただきたい。

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。

国の審議会における協会の主な発言

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

論点について、関係会議で議論していく進め方に異論はない。また、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なりたい。

また、今後、関係会議で議論を進めていく際には、今般のコロナ禍における実情や医療現場の実態を把握するための具体的なデータが必要と思われるため、事務局においては、議論に資する資料をしっかりとご準備いただきたい。

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。

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きたい。