

中医協等における意見発信の状況

第494回 中医協 総会(R3.11.5) (出席:安藤理事長)

議題 個別事項(その3)について ~療養・就労両立支援等について

発言

- 療養・就労両立支援の論点は、療養・就労両立支援指導が効果的に実施されることであるが、
現行の算定状況といったところも確認しつつ、その実効性について検証していく必要がある。
- その前提で、療養・就労両立支援指導料における企業側の連携先に、衛生推進者を含めることについては、
中小企業における治療と仕事の両立支援の裾野を広げる観点から、含める方向性に賛成する。
- メンタルヘルス面を支援する観点から、相談支援加算の対象職種に公認心理士や精神保健福祉士を
追加するという方向性について賛成する。
- 治療と仕事の両立の場合の話に限ったものではないが、職場におけるメンタルヘルスについては、精神医
療に至る前での早期の支援が重要であり、診療報酬を超える部分もあると思うが、早い段階での相談支援
の充実が重要である。

第182回 中医協 薬価専門部会(R3.11.5) (出席:安藤理事長)

議題 次期薬価改定について

発言

- 新規後発品の薬価算定について、AG(オーソライズド・ジェネリック)をどのように考えるか、という点を整理する必要がある。現状、バイオAGについては、他のバイオ後続品と同様、先発品の薬価に0.7を乗じた額となっている。両者の違いを考慮したうえで同等の扱いとすることが望ましいのか、議論が必要である。
- 調整幅の在り方について、2021年度薬価改定の議論では、特に議論がなされないまま、結果として2.0%から2.8%に緩和する決定がなされた。この0.8%については、新型コロナウイルス感染症の影響を踏まえた1回限りの対応ということであったので、改めてゼロベースで議論を行い、調整幅の在り方、その概念から議論していくべき。その際、現状のデータがないと、具体的な水準についての議論は困難である。調整幅は「薬剤流通の安定のため」に設定されていることから、事務局におかれましては、今後の議論に向けて、特に物流コストといった「薬剤流通の安定」に関するデータ提出について、可能か否かも含め検討していただきたい。
- 高額医薬品への対応について、まだ承認前ではあるが、アルツハイマー病に対する新薬のアデュカヌマブが念頭に置かれた論点であると理解している。仮に承認された場合、市場規模がこれまでの品目を大幅に超えることが見込まれることから、従来どおりの対応では難しく、複合的な対応を考える必要がある。透明性を確保したうえでの原価計算方式、市場拡大再算定、費用対効果評価の組み合わせでの対応が基本線となるかと考えているが、承認を待たずに、事前に検討を進めておくべきである。
- 診療報酬改定がない年の薬価改定について、2021年度薬価改定がその初年度で、本来であればその際の議論でルールを決めておくべきであったと考えているが、結果的に1回限りの特例的な対応を決定するに留まったため、こちらでも改めてゼロベースでの議論が必要である。対象範囲や方法といった薬価調査の在り方、対象品目の範囲の基本的な考え方等について、具体的に議論をしていく必要がある。

第495回 中医協 総会(R3.11.10) (出席:安藤理事長)

議題 在宅(その4)について

発言

- 「救急搬送診療料」の論点について、ECMO等を装着した患者搬送の重点化という方向性は理解するが、ガイドラインに沿ったものとするのかなど、具体的な要件設定について、今後さらなる議論が必要である。
- 在宅歯科医療は、特に高齢者の口腔ケアのニーズが増えているものの、それに応えられていないというのが現状ではないかと認識している。在宅療養支援歯科診療所について、歯科訪問診療の算定回数が過去1年間で10回以上、他の医療機関等からの依頼による実績が過去1年間で5回以上という点が、届出を行っていない理由と回答している診療所が一定数存在している。これらの要件は、例えば算定回数であれば平均して月1回未満の頻度となっており、これ以上の緩和は望ましくないものと考えるが、例えば地域内での連携不足など、満たすことができない要因を分析する必要があるのではないか。
- 在宅歯科診療について、15歳以上の患者を診療した際に、診療報酬の適用ができないケースがあるという発言があったが、そのような不合理な点は是正することを検討して良いのではないか。

第495回 中医協 総会(R3.11.10) (出席:安藤理事長)

議題 入院(その2)について

発言

- 急性期入院医療の「重症度、医療・看護必要度」の論点について、必要度Ⅱの届出をさらに進めるという方向性に賛同する。看護師の業務負担軽減の観点から、将来的には、入院基本料を算定する全ての医療機関において必要度Ⅱを原則とすることを目指し、必要度Ⅱを要件とする医療機関の更なる拡大を検討すべき。
- また、A項目の心電図モニターの管理、点滴ライン同時3本以上の管理について、自宅退院患者が退院日まで心電図を付けている、使用薬剤が2種類以下といった実態があることがデータから分かる。入院分科会からの指摘も踏まえ、この2項目については除外する方向で検討を進めるべきではないか。
- 「急性期入院医療の評価」の論点について、現行の急性期一般入院料1の中でも、特に充実した急性期入院医療を担っている医療機関を評価すべくメリハリを付ける、という方向性に異論はない。ただし、現在でも複雑な報酬体系をさらに複雑にすることは避けるべきであり、新たな類型を追加するのではなく、現行の報酬体系に組み込む方向で検討を進めるべき。
- 高度急性期入院医療の「重症度、医療・看護必要度」の論点について、急性期入院医療での検討状況を踏まえつつ、少なくとも心電図モニターの管理については除外する方向で検討を進めてはどうか。
- 特定集中治療室におけるB項目の測定について、高度急性期入院医療という性質を踏まえ、また看護師の業務負担軽減の観点からも、必要度として測定を必須とする取扱いは緩和することを検討しても良いのではないかと。ただし、早期のリハビリテーションの介入等が有用であるとのエビデンスもあるため、患者の状態に応じ測定する方が良いのではないかと。

第496回 中医協 総会(R3.11.12) (出席:安藤理事長)

議題 外来(その3)について

発言

- 「紹介状なしで受診する場合等の定額負担」の論点について、現行の特定機能病院等が5,000円以上とされていることとのバランスや、医科・初診の点数を踏まえれば、2,000円程度という設定は妥当であると考える。定額負担ついて加入者への分かりやすい広報を実施していく。
- また、除外要件に関して、全世代型社会保障検討会議で指摘された場合については、現行の要件でも概ねカバーされているのではないかと考えられるが、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については、徴収を認めない場合に見直すことを検討しても良いのではないか。一方、「その他」の該当例には予約受診の患者が挙げられているが、このような制度の趣旨にそぐわない例については対象とならない旨、明示していくことも必要である。
- 「医療資源を重点的に活用する外来を地域において基幹的に担う医療機関に係る評価」の論点については、医療計画の見直し等に関する検討会の議論の状況を踏まえた検討が必要である。
- 他の医療機関との連携の観点も含め、複合的な観点から、評価の在り方について検討する必要がある。

第496回 中医協 総会(R3.11.12) (出席:安藤理事長)

議題 入院(その3)について

発言

- 「地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料」について、入院分科会からの指摘のとおり、役割の一部しか担えていない場合など、機能の差を踏まえた評価の在り方を検討すべき。特に、一般病棟からの転棟患者については、自宅等・その他からの入棟患者と比較すると、相対的に安定している状態の患者が多い等のデータを踏まえ、対応を検討していくべき。
- 「回復期リハビリテーション病棟入院料」について、長期間入院料5及び6に留まっているところ、つまり実績要件が長期間満たせていないところについては、上限年数を設けるといった対応を検討してはどうか。
- 「特定機能病院におけるリハビリテーション」について、特定機能病院の実績が高いことには敬意を表するが、特定機能病院で回復期リハビリテーション病棟入院料の届出がなされているのは一部の病院のみであるため、このデータのみで特定機能病院のリハビリテーションについて特別に扱うということには違和感がある。
- 「診療録管理体制加算」について、実際に実施されている対策等を踏まえ、ガイドラインに準拠した体制の要件をさらに具体化することを検討すべき。
- 「入退院支援」について、加算1については加算2や届出なしと比較して平均在院日数が短いという実績が出ている一方、加算2については病棟種別によっては届出なしよりも平均在院日数が長くなっている場合があるというデータを踏まえ、評価のメリハリを強化すべき。ヤングケアラーへの支援には賛同する。

第496回 中医協 総会(R3.11.12) (出席:安藤理事長)

議題 入院(その3)について

発言

- 「救急医療管理加算」について、前回改定において、加算2で算定された患者の実態を把握するための分析を進め、算定要件を明確化すべきという意見を支払側から申し上げた。
- 加算2の「コ.その他の重症な状態」の患者の内訳について、入院時に多く見られた状態を挙げているが、過去の資料の数値と照らし合わせると、例示されている件数を足し合わせても、「コ.その他の重症な状態」で算定されている件数の半分に満たない件数となっている。
- 以上を踏まえると、加算2の実態についてはまだ把握しきれていない部分もあるのではないかと考えているが、前回改定での指摘を受けて分析していただいた結果と認識しているので、現時点で活用可能なデータ・分析をもとに、患者の状態を適正に評価すべく算定基準の明確化を検討していくべき。

第497回 中医協 総会(R3.11.17) (出席:安藤理事長)

議題 個別事項(その4)について ～不妊治療の保険適用について(その2)

発言 ○ 不妊治療の保険適用については、ガイドライン等のエビデンスに基づき、有効性・安全性が確認できたものについて保険適用の対象とする、という考え方が基本である。また、既に治療を行っている患者に不利益を与えない仕組みにする必要がある。

第498回 中医協 総会(R3.11.19) (出席:安藤理事長)

議題 入院(その4)について ～療養病棟入院基本料について

発言 ○ 療養病棟入院基本料の経過措置について、経過措置であるという趣旨であることを踏まえれば、なるべく早期に終了することが望ましく、予定通り令和3年度末で終了することを基本とすべきと考える。届け出を行っている施設が残り109施設とかなり少なくなっていると思われるが、なぜ経過措置の区分に残っているのかといった理由についてのさらなる分析を踏まえ、経過措置終了を前提とした対応を慎重に検討することが必要ではないか。

○ 中心静脈栄養について、入院分科会からも、「嚥下機能評価やリハビリテーションの実施をより促進させるなど、中心静脈栄養からの離脱を評価する支店の検討が必要ではないか」との指摘があったことも踏まえ、嚥下機能評価の実施を促すという方向性に異論はない。

第499回 中医協 総会(R3.11.24) (出席:安藤理事長)

議題 入院(その5)について ~DPC/PDPSの評価方法、短期滞在手術等基本料について

発言

- 「DPC/PDPSの評価方法」の論点について、データによると、他院から転院してきた患者が、回復リハビリテーション病棟に転棟する前に、一時的にDPC対象病棟を利用している実態があるようだが、このような取扱いは、入院分科会からの指摘にもあるように、DPC制度の趣旨になじまない。
- 治療目的で定義されていない診断群分類については、同じ疾患であっても、治療目的とリハビリ目的で区別するなど、臨床的な同質性のある診療行為又は患者群に応じた病棟選択を促すことを、検討してはどうか。
- この観点から、2つ目の論点として挙げられているように、発症からの日数によって病態が変わる疾患について、発症日からの日数でさらに診断群分類を区別するというのも、一つの方法であろうと考えている。
- 3つ目の論点については、資料のデータで経年的に入院初期に投じられる医療資源投入量が大きくなっていることは分かるが、このデータのみでは判断が難しいと考える。入院分科会からは特に指摘がなかった事項でもあり、例えば診断群分類、患者の状態、入院日数等に着目した更なる分析が、議論を深めるために必要ではないか。
- 「短期滞在手術等基本料」の論点については、一定程度治療法が標準化され、短期間で退院が可能となる手術で、まだ対象となっていないものがある。逆に、対象となっているものに、外来の治療が標準的になっているものや、平均在院日数の実態と基準が合致していないものがあるなど、実態とあっていない部分があるものと理解したので、実態に即した見直しを検討するという方向性に異論はない。

第147回 医療保険部会(R3.12.1開催) (出席:安藤理事長)

議題 令和4年度診療報酬改定の基本方針について

発言

- 2点意見を申し上げる。まず1点目に、かかりつけ医の定義や在り方については、十分な整理がされていない状況と認識している。このことから、医政局における地域医療の中でのかかりつけ医の在り方の整理状況を踏まえ、かかりつけ機能を担う医療機関の評価の方向性について検討すべきと考える。
- 2点目に、後発医薬品の使用促進について、8ページの(4)の具体的な方向性の例の一つ目の丸に「全ての都道府県で80%以上とするという新目標を実現するため、さらに取組を推進」と記載されている。この記述について、体制加算を充実する方向であるかのようにも読めるが、既に後発医薬品の使用割合がある程度の水準に達しており、患者側にも後発医薬品を選ぶという習慣がある程度浸透していると考えられる状況。
このことから、加算対象のさらなる厳格化、薬局における減算基準の引き上げ、使用割合の低い歯科を含めた医療機関への減算規定の創設等を行った上で、加算を段階的に廃止していくことを検討すべきと考える。
- また、先日、中医協の支払側6団体から要望書を提出させていただいたとおり、国民皆保険制度の長期的な持続可能性を高めつつ、医療提供体制を新興感染症にも強い効率的・効果的な仕組みへ再構築することや、高い水準の自然増を考えれば、令和4年度は診療報酬を引き上げる環境にはなく、国民の負担軽減につなげるべきであり、配分の見直しに主眼を置いたメリハリのある改定とする必要があると考えている。

第147回 医療保険部会(R3.12.1開催) (出席:安藤理事長)

議題 薬剤給付の適正化に向けた取組について

- 発言
- 保険者としては上手な医療のかかり方やセルフメディケーションに関する加入者への啓発は非常に重要であると考えており、今後も厚労省等と連携して取り組んでいきたい。
 - 薬剤給付の適正化を図るためには、今の保険診療の中で相対的に必要度が低下した市販品類似薬の除外や償還率変更も含めた薬剤自己負担の見直しが最も効果はある手段であると思っている。
 - また、先ほども申し上げたが、後発医薬品の診療報酬上の加算・減算の在り方についても、やはり検討していくべきと考えている。

議題 令和3年度補正予算案(保険局関係)の主な事項について

- 発言
- 資料の1ページ一番下の囲みの、保険医療情報を医療機関等で確認できる仕組みの拡大に、「アレルギー情報等、閲覧の対象となる情報の追加」と記載がある。これはマイナンバーカードを使った資格確認の仕組みを活用すると思われる。今後、閲覧に係る費用負担について、議論されると思うが、以前の医療保険部会でも申し上げたとおり、新たな情報が追加されるたびに費用負担の在り方を議論するのではなく、まず厚労省に総合的な全体像をお示しいただいて、利活用の場面やユースケースを整理し、その役割や受益等を踏まえた上で費用負担の在り方を議論すべきと考える。
 - また、その下に看護職等の収入を引き上げるための措置を実施するとされているが、来年度以降についても継続して予算を確保されるのか、先ほど参考資料1-3の30ページの記載をお示しいただいたが、その考えに沿った形で財源を確保する予定なのか、念のため確認させていただく。

第148回 医療保険部会(R3.12.9開催) (出席:安藤理事長)

議題 令和4年度診療報酬改定の基本方針について

発言

- 基本方針について、内容的には賛同する。その上で1点意見を申し上げる。看護の現場で働く方の収入の引上げについて、来年10月から診療報酬で手当てするのであれば、保険者、患者の負担となる。そのため、厚労省においてはできるだけ早くスキームをお示しいただくとともに、患者への広報をしっかりと行っていただきたい。
- また、看護師等に確実に報酬が行き渡っていることを検証できる仕組みも構築いただくようお願いしたい。

第204回 介護給付費分科会(R3.12.8開催) (出席:吉森理事)

議題 介護現場で働く方々の収入引上げ(「コロナ克服・新時代開拓のための経済対策」・令和3年度補正予算等)について(報告)

発言

- 令和3年度補正予算事業による今回の賃上げ措置は令和4年2月から9月までの賃上げ分を対象とすることについては理解するが、10月以降の対応については、別途4年度の予算編成過程において、政策手法も含め検討されていくものと認識している。
 一方、公的価格評価検討委員会では、年末までの中間整理の取りまとめに向け処遇改善に必要な安定財源の確保について議論が行われるようだが、その議論の過程で、仮に介護報酬で処遇改善の目標分を確保するとし、その妥当性について議論がなされる場においては、経団連・健保連の委員の意見に同調するものであり、特に新型コロナウイルス感染症への対応に迫られている現在の経済環境の中での、中小・零細事業所の加入者や事業所の保険料負担や自己負担額等への影響等についての考察は非常に重要な論点であり、この論点を踏まえた総合的な検討をなされることを、加入事業所の約8割が従業員9人以下の中小・零細事業所が占めている被用者保険の保険者として強く要望する。

第5回 外来機能報告等に関するワーキンググループ(R3.11.29開催) (出席:増井企画部長)

| | |
|----|--|
| 議題 | 外来機能報告等の施行に向けた検討について(紹介率・逆紹介率について、これまでの議論を踏まえた検討の方向性について) |
| 発言 | <p>○ 資料で200床以上の地域医療支援病院の中で初診・再診別の「医療資源を重点的に活用する外来」に該当する割合の分布が示されているが、<u>割合が高いものを国の基準として採用すべきと考える</u>。理由としては、<u>そもそも制度の趣旨は外来機能の明確化・連携で患者の流れの更なる円滑化を図るということであり、なるべく多くの医療機関が該当する基準とすべきと考える</u>。</p> <p>○ 呼称については<u>地域住民にとって理解しやすい呼称が望ましい</u>と考えており、そういった観点からは、少なくとも「<u>紹介</u>」という言葉については入れるべきである。</p> |

第1回 第4期特定健診・特定保健指導の見直しに関する検討会（R3.12.9開催）（出席：中島理事）

議題

1. 特定健診・特定保健指導のこれまでの経緯と効果検証について
2. 今後の検討会の進め方等について

発言

- 特定健診・特定保健指導の仕組みが動き出してから13年が経ち、協会においても、本部・支部を挙げて様々な創意工夫を凝らし、受診率の向上に取り組んできた。その結果、健診受診率、保健指導実施率は毎年着実に向上してきている。今回、特定健診等基本指針等の見直しにあたっては、こうした受診率の向上に留まらず、特定保健指導が対象者の行動変容・健康状態の改善につながっているか、アウトカムを出せているのか、という観点が重要だと考える。
- そもそも特定保健指導が開始された当初は、保健師、管理栄養士が対象者と対面でしっかりと向き合い、寄り添うことによって、
 - ① 個々の健診データが意味する対象者の身体の変化を具体的に理解させ、
 - ② 対象者の価値観、行動様式を踏まえた上で、実施可能な生活習慣の改善策を提示し、
 - ③ 対象者がその内容を理解し、納得して実践することにより、確実に行動変容につなげることを目指したところであり、そうした観点から初回面談は対面で行うことが必須とされたものと理解している。
- その後、デジタル技術の進歩や新型コロナウイルス感染症拡大の影響で、現在は初回面談においてICTを活用した個別面談、さらには集団面談までも認められてきた。実施率は向上するが、果たして、そうした流れの中で、当初目指した、それぞれの対象者に寄り添い、実際の行動変容を促すことができているのか、保健指導の効果を出せているのかという点を危惧している。

第1回 第4期特定健診・特定保健指導の見直しに関する検討会（R3.12.9開催）（出席：中島理事）

議題

1. 特定健診・特定保健指導のこれまでの経緯と効果検証について
2. 今後の検討会の進め方等について

発言

- このような観点から、保健指導について、実施率というアウトプットだけでなく、効果というアウトカムに係る指標を設定していただくことが必要と考えている。そのような評価が可能となることによって、私どもが実施する保健指導の質も向上し、保健指導の外部委託を進めるにあたって、委託先を選定する際の参考にできるものと考えている。
- また、結果が出せている保健指導の好事例を収集、分析することで、効果を上げている保健指導が備えている要素の標準化もできるのではないか。
- また、特定健診については、保険者が事業主健診データを取得することにより特定健診の実施に代えることができる仕組みとなっており、昨年12月に厚労省から、事業主健診結果の保険者へのデータ提供を促進するため、健診機関と事業主で取り交わす契約書のひな型が示され、その中で、健診機関は保険者からの事業主健診データ提供の申し出があれば、提供するという内容を盛り込んでいただいたところ。
- ただ、現実に各支部の実情を聞いてみると、事業主と健診機関の間で、必ずしも契約書という形で、書面を取り交わす事例が多くないようである。
- 今後、特定健診の受診率を向上させる、さらには40歳未満の健診データについても保険者が取得し、健康づくりに活かすという制度改正も行われたところであり、事業主健診データをしっかり提供いただくということが、保険者としての責務を果たす意味でも重要だと考えている。そういう意味で、この場で、現状も踏まえ、保険者に対して事業主健診データが一層提供されるような方策についてもご議論いただきたい。