

関係審議会の動向と意見発信の状況

国の審議会における協会の主な発言（一部抜粋）

第155回 中医協 薬価専門部会(R1.9.11開催)（出席:吉森理事）

議題 次期薬価制度改革について(その1)

発言 新薬創出等加算対象品目を比較薬とする場合の薬価算定について、基本的には新薬創出等加算の対象外である以上、比較薬の新薬創出等加算の累積加算額を控除して薬価算定を行うことは自然であると考えます。したがって、類似薬効比較方式Ⅱで算定した医薬品について、企業側が主張しているような控除額に一定の上限措置を設ける必然性はなく、また、類似薬効比較方式Ⅰで算定した医薬品についても、基本的には同様の取扱いとする方向で検討していくべき。

第423回 中医協 総会(R1.9.18開催)（出席:吉森理事）

議題 個別事項(その1)について

発言 摂食嚥下障害を有する脳卒中患者については、退院時点の状態を退院後も維持・改善していくことが重要と考えるが、経口摂取回復促進加算の算定回数が、平成28年度改定で加算要件を緩和したにもかかわらず、減少傾向にあることが示されており、今一度現行の仕組みをしっかりと検証した上で、摂食機能療法の在り方も含め、退院時から退院後まで、トータルでどのようなサポートができるのか、改めて全体的な整理を行い評価する必要があると考える。

第156回 中医協 薬価専門部会(R1.9.25開催)（出席:吉森理事）

議題 次期薬価制度改革について(その2)

発言 G1ルールにおける段階的引き下げ期間の設置のそもそもの趣旨は、後発品メーカーの増産に必要な準備期間として設定されたと理解しており、近年の後発品メーカーの製造体制、製品競争力強化の状況を見ると、薬価算定組織の提案通り、後発品への置換え率が80%以上の高い品目については、段階的引き下げまでの期間を短縮してもよいのではないかと考えます。

また、AG(オーソライズド・ジェネリック)について、AGメーカーは一般的な後発品より早く発売することが可能であり、その有効成分のみならず、原薬・添加物・製法などが先発品と同等であり、先発品メーカーの許諾を受けて製造・販売することから、先発メーカーへの経営的配慮や、AGメーカーの製造準備への配慮は特段必要ではないと考えられるため、Z2及びG1・G2ルールの適用までの期間は短縮してよいのではないかと考えます。

国の審議会における協会の主な発言（一部抜粋）

第424回 中医協 総会(R1.9.25開催)（出席:吉森理事）

議題 個別事項(その2)について

発言

現在の医薬分業は、その在り方において、患者にとってのメリットが感じられにくく、患者の負担に見合ったものとなっているとは言い難い状況である。対物業務から対人業務への移行を更に進めていくことが重要と考えるが、現時点では薬剤管理料の状況をみても大きく進んでいるとは言えない状況である。

このような状況の中、PTPシートが一般化するなど、調剤業務の効率化・簡素化が進んでいる実態を踏まえるとともに、物理的コストから機能的コストへの転換、つまり、対物業務から対人業務への移行をどのように進めていくのかという観点から、改めて考え方を整理すべき。

第156回 中医協 薬価専門部会(R1.10.9開催)（出席:吉森理事）

議題 次期薬価制度改革について(その3)

発言

現行の価格帯の集約の仕組みでは、業界提出資料にあるように、市場実勢価格の低い医薬品の価格が引き上げられるケースがあると聞いている。例えば、同一価格帯の中で改定後の薬価が改定前の薬価を超えて引き上げられることになる等のケースがあることは、価格帯の集約の仕組みに課題があり、不相当と考える。このようなケースを勘案すると、市場の評価である実勢価格が適切に反映される仕組みを検討し、見直すべきではないか。

第425回 中医協 総会(R1.10.9開催)（出席:吉森理事）

議題 個別事項(その3)について

発言

緩和ケア病棟入院料を届け出ている医療機関のうち、外来緩和ケア管理料等を算定している医療機関は少なく、退院後、直接的なサポートを継続して実施できている医療機関は少ないことから、こうした医療機関における継続的なサポートを確保するため、緩和ケア病棟入院料について、外来や在宅における緩和ケアの提供を要件とすることに賛成する。

国の審議会における協会の主な発言（一部抜粋）

第426回 中医協 総会(R1.10.18開催)（出席:吉森理事）

議題 個別事項(その4)について

発言

勤務環境改善の取組に係る計画を策定していると答えた医療機関は、わずか24.6%となっている。また、今後、各医療機関が策定することとなる医師労働時間短縮計画については、項目例の案が示され、勤務環境改善マネジメントシステムにおいてPDCAサイクルの活用により一連の取組を始めている段階であり、実際の取組の評価はこれからだと考える。本来はこうした計画に基づき、医療機関が勤務環境の改善や医師の労働時間の短縮などの一連の取組の実施とともに、地域医療構想の推進による効率的な医療提供体制を構築していく中で、診療報酬で手当すべき課題があれば検討するというのが自然な流れであると考えており、診療報酬上の手当を先行して議論していくことには違和感がある。何に寄り添い後押しするのか、具体的な働き方改革における実務対応に対して評価を検討すべき。

第158回 中医協 薬価専門部会(R1.10.23開催)（出席:吉森理事）

議題 次期薬価制度改革について(その4)

発言

化学合成品は開示度50%未満の品目が10品目中5品目と半数を占めている。企業側は根拠資料の提出により開示度を引き上げることを拒んでいるわけではないのであれば、委託製造元や輸入先からの開示が契約上困難となされている50%以下の品目については、その製造や輸入などの企業の取引形態の開示困難な理由の妥当性と開示度に応じて、加算係数を段階的に引き下げるなどの考え方もあるのではないか。

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。

国の審議会における協会の主な発言（一部抜粋）

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430回 中医協 総会(R1.11.6開催)（出席:吉森理事）

議題 在宅医療(その1)について

発言

連携においては、主治医は患者から直接ほかの医療機関の診療状況を聞いているのかもしれないが、医療機関の間で専門的な情報共有をすべきと考える。この回数を把握していない状況から、連絡先の医療機関がどのような診療を行ったかを正確に把握できているのか疑問である。また、連携の期間についても、6カ月超の期間が最も多いことから、継続した治療行為であればなおさら情報共有により主治医にはかかりつけ医機能をしっかりと発揮していただき、医学的管理が十分に行われるようにする必要がある。したがって、主治医と連携先医療機関の連携を実効性のあるものとする観点から、医療機関の間での情報共有を要件化するなどの見直しが必要ではないか。

国の審議会における協会の主な発言(一部抜粋)

第431回 中医協 総会(R1.11.8開催) (出席:吉森理事)

議題 横断的事項(その2)について

発言 我々医療保険者は、特定健診や特定保健指導を通じて、受診勧奨を行うとともに、未治療者に対する重症化予防を促進し、確実に医療につなげることにより、生活習慣病の重症化を防ぐ取組を推進している。こうした方々が健康診断の結果を受けて初めて生活習慣病等で受診する際などは、初診後にオンライン診療の利活用により、その後の定期的受診が促進できるようなオンライン診療の環境づくりや現状の要件の見直しをする方向性で議論を深めていきたいと考える。

第432回 中医協 総会(R1.11.13開催) (出席:吉森理事)

議題 歯科診療(その1)について

発言 しっかりと院内感染対策を行っている歯科医療機関が大半を占め、また、「要件は満たしているものの、特に理由はないが届出はしていない」という回答が約3割もある現状を鑑みると、見直しの効果は出ていると考える。調査結果においては、診療報酬による評価のさらなる充実が必要な対策の最大の意見となっており、分からないでもないが、そもそも院内感染対策は医療機関として本来なすべき必要なことであり、その評価対応を検討する前に、医療従事者の研修や、学校教育の充実などにより、院内感染対策の実施を根付かせていく対応を優先すべき。

第433回 中医協 総会(R1.11.15開催)（出席:吉森理事）

議題 入院医療(その1)について

発言

看護師の負担軽減の観点からも、当面は重症度、医療・看護必要度Ⅰとの選択を可能とする対応としても、次期改定においては、段階的に許可病床の一定規模以上の医療機関で医療・看護必要度Ⅱを原則化する方向性とし、将来的には一般病棟入院基本料を算定する全ての医療機関において環境整備を図り、重症度、医療・看護必要度に係る基準の届出は、重症度、医療・看護必要度Ⅱを原則とする方向性を目指すべき。具体的には、病床規模では200床以上が原則化の水準の目安になるのではないかと。

また、認知症患者に対応するために平成30年度診療報酬改定で設定された入院患者の基準②について、基準②のみに該当している患者は、他の基準に比べて、医学的な理由による入院の割合が低く、退院に向けた目標・課題が転院先や入所先の確保であるなど、他の基準に該当する患者実態とは明らかに状態像が異なっており、必要性を評価する指標として他の①、③、④と同列に基準とすることには違和感がある。今回の検証過程で明らかにその入院患者像が患者実態とかけ離れていることがエビデンスデータで判明していることを勘案すると、前回改定で新設した基準項目であるが、基準②については廃止も含めた見直しを検討すべき。

国の審議会における協会の主な発言（一部抜粋）

第119回 医療保険部会（R1.9.27開催）（出席：安藤理事長）

議題 医療保険制度をめぐる状況

発言

医療保険部会における具体的な検討項目として、後期高齢者の自己負担2割への引上げを確実に実現いただくよう要望するとともに、薬剤の自己負担の見直しをはじめとした、医療費の適正化を図っていくことも必要である。例えば、OTC化された医薬品や市販類似薬については、保険償還率の変更あるいは保険適用の除外など、大胆な見直しを進めていくべきである。また、改革工程表に掲げられた項目だけでなく、現金給付全般の見直しなども検討事項とすべき。

これらを踏まえ、来年6月頃の骨太の方針に向け、給付と負担のあり方を見直しについて結論を出すことになると思うが、2025年や高齢者人口がピークとなる2040年頃を見据え、医療保険制度が持続可能となるよう、将来を見据えた医療保険制度のあるべき姿について、あらゆる角度から議論をしていただくようお願いする。

第120回 医療保険部会（R1.10.31開催）（出席：安藤理事長）

議題 診療報酬改定の基本方針について

発言

医師等の働き方改革について、本来、地域医療構想の推進により効率的な医療提供体制を構築していく中で、医療機関自ら、勤務環境の改善や医師の労働時間の短縮に取り組むことにより実現することが基本と考える。そうした中で、診療報酬で手当てすべき課題があれば検討するというのが自然な流れであると考えており、診療報酬上の手当てだけが先行していくことには違和感がある。

また、中医協では、医療機関内の労務管理・労働環境改善のためのマネジメントの実践について、基本診療料等における評価の在り方を議論されているようであるが、例えば基本診療料等に何らかの加算をすることで、医療機関のマネジメントがどのように変化し、それが医師の勤務環境の改善や労働時間の短縮につながるのか、そして、そのことが患者にとって加算に見合うだけのメリットとして還元されるのか、国民にしっかりと説明できなければならない。

こうしたことを総合して考えると、改定の基本的視点1（医療従事者の負担を軽減し、医師等の働き方改革を推進）において、「総合的な医療提供体制改革の状況等も踏まえたより適切な評価を行う必要がある」という記載は踏み込みすぎであると考えため、文末を「評価の在り方について検討する」といった記載に留めていただきたい。

国の審議会における協会の主な発言（一部抜粋）

第81回 介護保険部会（R1.9.13開催）（出席：安藤理事長）

議題 介護サービス基盤整備

発言

介護サービス基盤の整備には、地域医療介護総合確保基金などが活用されているが、財源には限りがある。このため、限られた財源の中で、2040年やそれ以降を見据え、過剰な整備を行わないという視点も重要である。そのような中、2020年代初頭までに、介護サービスを約50万人分以上に拡大することとなっているが、対象サービスに含まれていない介護サービスを提供できる有料老人ホームなどがあると承知している。

過不足なく整備を行うためには、こうした介護サービスを提供できる有料老人ホームなどを含め、サービス全体の整備状況を見ながら進めていくことが必要と考えることから、そうした視点も持ちつつご検討いただきたい。

第82回 介護保険部会（R1.9.27開催）（出席：安藤理事長）

議題 自立支援・重度化防止に向けた保険者機能の強化

発言

保険者機能強化推進交付金については、要介護度の維持・改善といったアウトカム指標を重点的に評価すべきと考える。この点、都道府県分、市町村分の双方にアウトカム指標が設定されているが、現在のアウトカム指標の配転では、総得点に対する割合がまだまだ低いと言わざるを得ず、アウトカム指標の評価割合をさらに引き上げるべき。

第83回 介護保険部会（R1.10.9開催）（出席：安藤理事長）

議題 被保険者・受給者範囲

発言

介護保険制度創設時に、被保険者の範囲として自らが老化によりサービスを受けることとなる65歳以上の方と、老化により介護ニーズの発生率が高まり、自らの親も介護サービスを利用することにより介護負担が軽減されることとなる40歳以上64歳以下の方と設定したことについては、現在から見ても一定の合理性があるのではないかと考える。ただし、被保険者範囲の見直しを検討するのであれば、高齢者が増え、支え手の人口が減少する2040年以降を踏まえ、介護保険だけでなく、医療保険や年金を含め、整合性の取れた形で議論を進めていくべき。

国の審議会における協会の主な発言（一部抜粋）

第84回 介護保険部会（R1.10.28開催）（出席：安藤理事長）

議題 制度の持続可能性の確保

発言

協会けんぽでは、現在、健康保険の保険料率が10%、介護保険料率が1.73%となっており、厚生年金の保険料も合わせると、すでに負担の限界水準に達しているが、厚生労働省の試算等でも示されているように、高齢者人口がピークを迎える2040年に向け、さらに上昇していくことが想定される。

こうした中で、現役世代の保険料負担の伸びを抑制していくことは喫緊の課題であり、また、高齢者間での利用者負担と保険料負担の均衡を図る観点からも、介護保険の利用者負担を原則1割から2割へ見直すべき。

また、直ちに原則2割とすることが難しいのであれば、少なくとも、現状数%に留まっている2割負担の者について、対象範囲を拡大していただくようお願いしたい。

第85回 介護保険部会（R1.11.14開催）（出席：安藤理事長）

議題 医療と介護の連携の推進等

発言

要介護認定制度について、現在の要介護認定のプロセスにおいては、処理期間を多く要しているようであるが、どこにどのくらいの時間を要しているのかを示す資料が不足している。

また、今後、業務の簡素化を図る見通しがあるとのことであるが、この制度を求めている方々が、できるだけ早く制度を利用できるよう根本的な仕組みを検討いただきたい。

国の審議会における協会の主な発言（一部抜粋）

第5回 一般介護予防事業等の推進方策に関する検討会（R1.9.4開催）（出席：安藤理事長）

議題 PDCAサイクルに沿った推進方策について

発言 取組の過程を見るための指標例として、以前より「企画や検証等を行う体制の整備」と資料に記載があるが、体制を整備するだけでなく、実際に効果検証が行われたかどうかも重要であるため、効果検証の実施の有無を指標とすることはもとより、効果検証の実施を保険者機能強化推進交付金の交付要件とすることなども検討する必要があると考える。

第6回 一般介護予防事業等の推進方策に関する検討会（R1.10.3開催）（出席：安藤理事長）

議題 PDCAサイクルに沿った推進方策について

発言 具体的な指標案について、「住民の幸福感」が示されているが、住民の幸福感は主観的なものであり、介護予防の取組以外の生活環境にも大きく左右される可能性があるなど、成果を客観的に評価する指標としては不適當であると考えます。
今回の議題であるPDCAサイクルに沿った取組を進める観点から、「介護予防の企画・検証等を行う体制の整備」は非常に重要な指標であると考えるので、評価指標については協議体の設置状況ではなく、協議体における検証状況や検証に基づく改善状況など、もう一步踏み込んだ指標にすべき。

第13回 医療介護総合確保促進会議（R1.11.6開催）（出席：安藤理事長）

議題 今後の医療・介護の総合確保に向けて

発言 団塊の世代が全て後期高齢者となる2025年や、高齢者人口がピークとなる2040年を控え、財政面だけでなく、医療介護サービスを担う人材の確保やその養成についても喫緊の課題である。
このため、ICTやAI、ロボット等の先端技術を活用した効率的な医療介護サービスの提供体制を整備していく必要があると考える。また、限られた人材で十分な医療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等を集約し、利用者のニーズを十分に踏まえた上で、重点的に整備していくことも必要。また、整備が行き届かない場所や、病院へのアクセスが困難な方については、オンライン診療といったICT技術を今まで以上に活用できるような道を探っていくことも必要ではないか。

国の審議会における協会の主な発言（一部抜粋）

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こることや、事業主や加入者を始めとした実務上の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願います。

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願います。

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、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35回 保険者による健診・保健指導等に関する検討会（R1.11.13開催）（出席：藤井理事）

議題 特定健診データ等の保険者間の引継ぎ、マイナポータルを活用した特定健診データ等の閲覧について

発言

個人情報保護法第23条第1項の第三者提供の制限で、法令に基づく提供の場合、本人の同意は不要と規定されており、高齢者の医療の確保に関する法律第27条第3項において、前保険者は現保険者から検診等の記録を求められた場合、提供しなければならないと規定されている。しかしながら、現行の省令では、特定健診データ等の保険者間の引継ぎに際しては、本人の同意を求めることと規定されている。

協会けんぽにおける実際の同意取得に係る運用を考えると、その機会は限られ、特定保健指導の初回面談時に前保険者での健診データを活用するのが難しいのが実情である。全ての保険者がより質の高い保健指導を円滑に行うため、省令の改正を強く要望する。