

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434回 中医協 総会(R1.11.20開催) (出席:吉森理事)

議題 個別事項(その10)について

発言 ギャンブル依存症の治療に関して、効果的な治療に係る要件設定をきちんとできるのであれば、評価する方向性は理解できるが、資料にあるように、187名が受けたプログラムを標準的なプログラムとしてよいのか甚だ疑問である。診療報酬で評価することを検討していくのであれば、諸外国の治療法の事例等を収集した上で検討していく必要がある。ギャンブル依存症に対するプログラムをどのように構築し、評価していくかということについては、もう少し情報、データを集めて、議論を深めて検討を行うというステップが必要。

第160回 中医協 薬価専門部会(R1.11.22開催) (出席:吉森理事)

議題 次期薬価制度改革に向けた論点整理(案)について

発言 後発医薬品の価格帯について、現行の価格帯集約ルールでは、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り、市場実勢価格が適切に反映する仕組みとして、事務局提案の方向性は理解できるが、改定前薬価Bの価格帯の対応と同様に、改定前薬価Cについても同様のケースがあると考えられ、Cの価格帯についても、改定前薬価が加重平均値Cより低い品目のみでの加重平均を行うべき。

第435回 中医協 総会(R1.11.22開催) (出席:吉森理事)

議題 外来医療(その2)について

発言 ガイドラインにおいて、糖尿病の診断確定時に糖尿病網膜症の有無を評価すべきとされているにもかかわらず、認定教育施設ですら約6割しか眼科を受診していない状況というのは、問題が多いと考えるべきではないか。糖尿病を主病として生活習慣病管理料を算定する場合には、糖尿病診療ガイドラインを遵守し、診断確定時の眼科受診及び定期的な受診の管理を要件にすべき。

患者が受診を中断する理由を見ると、「医療費が経済的に負担であるから」という理由での糖尿病治療を中断している患者が少なからずいると推計されているが、ジェネリック医薬品等の選択肢の提示等が考えられるにしても、経済的な状況には個人差があり、診療報酬上の要件設定を行うのは馴染まないと考える。

国の審議会における協会の主な発言（一部抜粋）

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

保険収載後に市場が拡大した医療技術の見直しを検討する基準として、販売額が収載時の市場規模予測を大幅に上回り、財政影響が無視できない範囲に拡大した場合に技術料の見直しとすることを主なメルクマールとし、検討するとしている。そうであるならば、財政影響は医療機器も医薬品もその絶対額においては基準額の設定は同様であり、医薬品と同じく年間販売額という基準を設けることが自然であると考えますが、そもそも技術料の見直し基準については、医薬品と医療機器の市場区分の違い、個々の機能区分の整理を踏まえて整理すべきであるが、財政影響度が全面に出ると、医薬品業界と医療機器業界では市場規模が大きく異なることから、まずは材料価格制度を補完する観点で当初の市場規模からどう変化したかを注視し、対応すべき。

第437回 中医協 総会(R1.11.29開催)（出席:吉森理事）

議題 入院医療(その3)について

発言

地域における機能分化を適切に進めることを目的とし、急性期治療を経過した患者の受け入れや在宅患者の受け入れ、在宅復帰支援の3点が、地域包括ケア病棟の本来の役割である。しかしながら、実際の運用実態を見ると、自院内で一般病床から地域包括ケア病棟に転棟している割合が、許可病床の規模が大きいほど高く、地域包括ケア病棟の本来の役割に対して実態が大きくかけ離れている。病棟や病床が本来の役割を果たしていない状況では、地域医療構想をいくら進めても適切な医療提供体制が構築できないため、この実態は重大な課題として受け止める必要がある。

こうした実態を適切な方向に導くためには、地域包括ケア病棟の患者について、許可病床数に応じて、自院の一般病床から転棟した患者割合を一定要件化するなど適正化の観点で見直すべき。

一方、DPC対象病棟からの転棟時期について、点数が地域包括ケア病棟入院料の点数を下回るタイミングで転棟しているケースが多くみられ、患者本位の入院医療が提供できていない実態を勘案すると、DPC病棟からの転棟、転室時の入院料の在り方について、入院患者の評価指標や取扱い要件などを整理し、患者の状態に応じた適切な管理対応に即した算定方法へ適正化を図るべき。

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 救急医療管理加算は患者の重症度に応じた評価であり、救急医療管理加算1に関しては、前回の議論でも申し上げたが、入院時に重篤な状態の患者に対して算定し、入院後に悪化の可能性が存在する患者は対象外とされている加算であり、入院時に意識清明な方を「意識障害又は昏睡」として扱うことには違和感がある。したがって、JCSの値が「0」の患者は対象外とするなど、JCSのスコア値などにより一定の算定要件を設けるべきと考える。また、「意識障害又は昏睡」以外の「呼吸不全又は心不全で重篤な状態」や「ショック」などの患者についても、入院時の状態において同様のケースが見受けられることから、項目ごとに重症度を明確にした基準を設けるべき。

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。

国の審議会における協会の主な発言（一部抜粋）

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 個別の診療領域におけるオンライン診療の活用を評価するに当たって、対面診療とオンライン診療で、有効性・安全性において、一定レベルのエビデンス評価の確認や、アウトカムでは受診継続率に差がないことなどを確認することなどは必須と考える。その一定レベルのエビデンス評価の考え方においては、個別の診療領域において学会等で標準的な治療法として位置付けられたものを、専門的かつ分野横断的にフラットな評価組織で評価することが必要と考える。

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ます。

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けるよう、強く要望する。

国の審議会における協会の主な発言（一部抜粋）

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きましては、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。

第16回 医療計画の見直し等に関する検討会(R1.11.28開催) (出席:藤井理事)

議題 第7次医療計画の策定指針の中間見直しについて(がん、脳卒中、心疾患、糖尿病)

発言

当協会において、2017年度のレセプトを基に、糖尿病性腎症による人工透析の地域差について分析を行ったところ、かなり大きな地域差があることが明らかになった。

地域差の要因の分析の一つの視点として、人工透析の主な原疾患である糖尿病の患者数について分析を行ったところ、糖尿病患者数については人工透析患者数とやや関連が見られ、糖尿病専門医の数については、人工透析現存患者の高い15支部と低い15支部に限定した場合、専門医数が少ない支部では、透析者の割合がやや高い可能性があるという結果であった。

このような分析を踏まえると、医療計画のストラクチャー指標にもなっている「糖尿病の専門治療が可能であるような医療機関の数」を増やし、体制を強化していくこと、関係機関との連携を強化していくことが重要であると考えます。我々協会けんぽとしても、引き続き加入者に対する保健事業の実施と共に、医療機関や自治体等の関係機関と連携した重症化予防の取組を進めていきたいと考えているため、この場をお借りしてお力添えをお願い申し上げます。