

関係審議会の動向と意見発信の状況

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4)について

発言 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。
 「緊急時の対応に係る要件」について、オンライン診療の患者に限らず、緊急時に必要に応じて救急病院等を受診することは一般的な対応であると考えられる。そこで、オンライン診療の指針の内容も踏まえ、事前にどの医療機関を受診するかを患者との間で予め決め、関係医療機関と合意を得ておくなど緊急時の対応を明確にしておくことを前提に、要件の見直しを検討すべき。

第443回 中医協 総会(R1.12.20開催) (出席:吉森理事)

議題 入院医療(その6)について

発言 重症度、医療・看護必要度の評価項目の見直しに向けたシミュレーションについて、基準②の見直しは、除外の有無別でシミュレーションをすることが必要と考える。
 A項目から免疫抑制剤の内服を除外した場合のシミュレーションについて、免疫抑制剤だけでなく、抗悪性腫瘍剤においても、多くの場合、入院で使用する割合が低くなっていることも事実である。免疫抑制剤や抗悪性腫瘍剤について、導入期に副作用等の評価をするために入院で実施することが必要な場合もあり、引き続き評価対象とするという提案は理解するが、例えば手術のように、入院での使用割合が何%以下の薬剤を対象とするといった考え方もできるのではないかと考える。事務負担には配慮する必要があるが、必要度Iについても、レセプト電算処理システム用コードにより対象を指定すれば、可能ではないかと考える。そこで、免疫抑制剤の内服の有無別だけでなく、抗悪性腫瘍剤等の他の薬剤の除外有無別も含め、複数のケースでシミュレーションをしてはどうか。いずれにせよ、丁寧な分析をしていただきたい。

第445回 中医協 総会(R1.1.15開催) (出席:吉森理事)

議題 入院医療(その7)について

発言

重症度、医療・看護必要度の該当患者割合を、現行の条件と見直し後の条件別で比較すると、必要度Ⅰの入院料1では3%程度、入院料4では8%程度低下する結果となった。ところが、DPCデータを用いた必要度Ⅱにおいては、割合の変化はほぼ同等であった。この必要度ⅠとⅡの差異において、必要度Ⅰでは、見直し後の条件での評価に対応するデータがないことにも起因しているのではないかと考えられる。他の理由も含め、この差をどう考えるか議論の余地もあるが、今後の対応においては、評価のために過剰な労力を割かなくてもよい仕組みとして、必要度Ⅱを中心に評価基準を考えることは重要な論点であるのではないか。

また、入院料1の該当患者割合の基準については、急性期入院医療の機能を果たすために、医療ニーズの高い患者に対し、必要な医療資源が効果的・効率的に、質が担保された形で投入される評価水準であることが重要である。また、平成30年度改定で入院料2、3に階段を設け、看護職員配置7対1を要件とする入院料について、ニーズに応じた弾力的かつ円滑な対応を可能にした経緯がある。この考え方からすれば、入院料1において25%タイル値で30.5%、50%タイル値で32.7%というデータから判断しても、現行30%の該当患者割合の要件を維持するということはいかがなものか。35%にして入院料2、3にどのように移行してもらうのかを考えていくべき。

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。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89回 介護保険部会(R1.12.27開催) (出席:安藤理事長)

議題 「介護保険制度の見直しに関する意見(案)」

発言 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、問題が顕在化し始める。介護保険制度改革が3年に1度であることを踏まえ、今回の改正は、2022年に向け、とても重要なタイミングと考え発言してきたところである。

制度の持続可能性を確保する観点から、給付と負担について、補足給付や高額介護サービスをす方向で議論が進められていることは評価するが、全体としては正直踏み込み不足と言わざるを得ないとする。医療保険と比べても介護保険の伸びは非常に大きいことから、2022年、更にその先も介護保険制度を維持していくため、介護保険の範囲を含め、引き続き議論を続けていただきたい。

第17回 医療計画の見直し等に関する検討会(R2.1.15開催) (出席:藤井理事)

議題 小児医療について

発言 小児が安心して医療にかかることができる体制整備については待ったなしの対応事項であり、医療資源の集約化・重点化に向けて、厚生労働省から都道府県に対し、議論のポイントや進め方、スケジュールを明確かつ早急にお示しいただくようお願いしたい。

また、今後、地域医療構想調整会議において、様々な議論が進んでいくと思うが、その際には、小児に係る医療提供体制の集約化・重点化の方向性と地域医療構想の整合性にも留意する必要があると考える。資料には、地域医療構想調整会議で小児医療に関する議論が行われているケースもあるとの記載があるが、小児医療に関する協議会で議論した場合でも、その内容を地域医療構想調整会議において確認するなど、両者の連携と整合性がしっかり確保される必要があると考える。

その点も含めて、厚生労働省におかれては、小児にかかる医療提供体制の在り方について、各地域で十分な議論が尽くされ、実効性のある内容となるよう、しっかりと都道府県に議論の進め方をお示しいただくようお願いしたい。