

第 3 1 回 社 会 保 障 審 議 会 医 療 部 会	参考資料 1-2
平 成 2 5 年 8 月 9 日	

【第 6 6 回社会保障審議会医療保険部会(平成 25 年 8 月 9 日)資料】

社会保障審議会 医療部会 各委員の発言要旨【未定稿】

1. 基本認識について

- 社会保障・税一体改革の中で、効率化はあると思うが、何が効率化か議論する必要がある。効率化と同時に、平成 26 年度に消費税が 8% になったとき、消費税の引上げ財源は平成 26 年度診療報酬改定に充てて、医療サービスの充実はしっかりやる必要。(8/2)
- 国民会議報告書案でも、日本の医療は世界に高く評価されるコストパフォーマンスを達成してきたと、非常に評価している。医療現場ががんばってきたということを、認識してほしい。しかし、2025 年を考えると、今のままではいけない。病床の機能分化、在宅医療の充実は当然と思っている。その中で、必要ないものが出てくると、効率化する場所だと思う。そういうのが少しでもあれば見つけていきたいが、充実は絶対しなければならない。医療提供体制をしっかり作るということはやるべき。平成 26 年度診療報酬改定では、改革に向けての評価をしなければならない。消費税引上げ財源を使って、平成 26 年度診療報酬改定はプラス改定が必要。それをもって改革につなげる必要。(8/2)
- 国民会議報告書に書いてあるからと言って、診療報酬改定の議論で、決まったこととしてはならない。消費税は給付費の国庫負担が足りないから上げており、医療提供体制の機能分化が進まなければ、消費税引上げ財源を医療に使わせないというのは無理筋な話。厚生労働省は、国民の医療と安全を守る省庁として、財政当局と渡り合ってもらいたい。診療報酬で機能分化を進めることを急ぎすぎている。病床機能報告制度をしっかり作ろうとしているときに、診療報酬で急ぎすぎている。消費税引上げ財源を獲得することを堂々とやってほしい。(8/2)
- まず効率化をしないと、医療にお金を出さないというのは無理がある。医療従事者を入れないと平均在院日数の短縮はできない。医療の充実と効率化は、両方同時にやらないといけない。(8/2)
- 消費税引上げによる財源については、医療提供体制の効率化が前提となって、はじめて医療サービスに充当されるのが筋。急性期病床の役割・機能を明確にして、長期入院の是正、急性期病床の削減に向けた具体的な取組がセットされなければ、充実だけという選択肢はあり得ない。効率化の工程表を作る必要。充実と効率化は表裏一体のものであり、同時に進める必要。(8/2)
- 中期財政計画では、2年間で 8 兆円の赤字削減が必要と言われており、厳しい財政状況の中で、診療報酬改定を迎える。社会保障の重点化・効率化が非常に大事な課題。病床の機能分化・連携は重要であり、できるだけ早く実現すべき。医療の充実と重点化・効率化はセットであり、医療提供体制の連携強化、機能強化と併せて、平均在院日数の短縮に取り組むべき。長期療養や有床診療所は、急性期病床の適正化の受け皿として充実する必要があるが、新たに社会的入院が発生しないよう考慮が必要。(8/2)
- 社会保障・税一体改革では、消費税を上げて、社会保障に充てることになっている。社会保障の給付のあり方は国民会議で議論することになっている。国民の理解を得られるような社会保障改革が必要で、医療提供体制のあり方について、国民の理解が得られるような議論を行

う必要。(8/2)

- 病院・病床の機能分化、資源の集中投資は喫緊の課題。医療法改正とそれに伴う具体的な施策の展開は早急に実施すべき。医療機能の分化に資する補助金と診療報酬を合わせて、医療提供体制の構築に向けた手法を導入すべき。(8/2)
- 病床の分化・連携も進める必要があり、診療報酬と補助金を組み合わせてやる必要。(8/2)
- 消費税が上がったら、補助金でばらまきにならないか心配。補助金は公立病院にばかりいく。医師、看護師、とりわけ介護職員の確保が重要。(8/2)
- 2025年の医療・介護提供体制を実現するため、医療従事者の確保が必要。看護職の離職防止・定着対策をはじめ、医療従事者が長く働けるような勤務環境の整備を重点的に進める必要。(8/2)
- 勤務医、看護師の過重労働が続いており、処遇や労働条件の改善を進める必要。(8/2)
- 医療機関の控除できない消費税負担への対応は、医療・介護の充実とは別のものという認識。(8/2)

## 2. 入院医療について

- 現状では、急性期の病床が多く、その後を受ける亜急性期、回復期の病床が少ない。患者の状態、症状にあった医療が行われているのか心配。社会保障・税一体改革の方向に沿って、高度急性期、一般急性期、亜急性期、回復期等に病床の機能分化を推進し、患者像にあった医療が効率的に提供できることを目指す必要。それぞれの機能に応じて、必要な病床数をバランスよく整備する必要。特に、急性期病床の機能は、明確化する必要。急性期にそった患者を受け入れられるよう、患者の重症度を評価するとともに、急性期病床の平均在院日数の短縮に結びつけることが重要。その際、急性期を出た患者の受入れ先を整備し、ハレーションを最小限に食い止める工夫が必要。(8/2)
- 7対1病床は5年で8倍に増えているが、重症患者がこれだけ増えるとは考えられない。7対1入院基本料が偏在を招いたのではないか。7対1病床がこれだけ増えたということは、診療報酬が水ぶくれ状態になっているので、今後、これをどう整理するか検討する必要。(8/2)
- 7対1入院基本料が病床の偏在を招いたことを検証する必要。(8/2)
- 急性期病床の機能分化を推進する上では、患者の状態に応じて適切な医療を提供する必要がある、現行の重症度・看護必要度を見直し、急性期病床における患者像を適切に評価することが必要。重症度・看護必要度の高い患者が多い病棟は、高度急性期病棟として整備していくことが必要。(8/2)
- 入院早期から退院後の生活を見据えて、身体機能の低下を防ぎ、日常生活動作を回復させる支援が必要。多職種の協働により、在宅復帰の促進、入院早期から生活支援につながるリハビリテーションを推進すべき。(8/2)

- 療養病床についても、必要な受け皿を確保するよう有効な施策を講じつつ、在宅医療と介護施設との連携を図り、社会的入院の是正にもつながるような取組をすべき。(8/2)
- 急性期で一番気になるのは、急性期後に行く場所がないということ。亜急性期の病床をいかに作るのかが国家的課題。医療界が心配しているのは、亜急性期の病床を選択したときに、収入が減って、経営が苦しくなること。最初は甘い点数を付けて、何年かすると、点数を減らすということは、やってはならない。(8/2)
- 早く家に帰れる患者は早く帰すべき。一般の人々、患者の家族、地域に理解してもらえると、早く帰るのが当たり前になる。働き盛りなら、早く帰していかに社会で活動してもらうかが重要。ただし、高齢者は帰れないので、高齢者のポスト急性期をどうするか、地域のケアをどうするかが問題。できるだけ早期に患者や家族と、医師、看護師、MSW等の大勢の人が関わって、十分に話して、納得してもらうことが重要。行く先の病院を急性期病院よりも魅力的な環境にする必要があり、そのためにお金をかける必要。(8/2)
- 救急のベッドが合併症を持っている高齢者で埋まって動かない。合併症が多い患者も受け入れてもらえるように、亜急性期病床では、合併症のある高齢者などの受入れを評価する必要。(8/2)
- 平均在院日数の短縮はもう限界を超えている。医療に優しさがなくなり、冷たい医療になる。平均在院日数の短縮等で4,400億円の削減と資料にあるが、今回の基本方針の作成にあたって重くのしかかるのか。2015年の話で、来年度の改定に関係ないのではないか。(8/2)
- 平均在院日数を減らすには、出口が必要。人口5万以下のまちでは、公立病院が急性期から慢性期、看取りまで全部やっている。これから公立病院も地域包括ケアをやらないといけないう。(8/2)
- 国民からみて分かるかどうかが大重要。国民は転院・退院を理解しておらず、医療現場では、転院・退院の際に患者・家族が大きな不満を持つ。平均在院日数の数字だけで議論を進めるべきでない。(8/2)
- 在宅医療の受け皿がしっかりしているという安心感がない。在宅医療の受け皿ができてから、在院日数の短縮という順序が大切。(8/2)
- 転院の電話相談が多い。病院はきちんと地域連携してソーシャルワーカーが力を発揮しているところもあるが、中には家族が探してくださいというところもある。後方病院をどう確保していくのか。亜急性期の病院に対する安心感がみえてきていない。急性期が終わった後に、亜急性期があり、こういう安心できる医療が提供できるという仕組み作りをする必要。(8/2)
- 亜急性期は病棟単位で作るべき。病院全体で同じ入院基本料ということではなく、亜急性期病棟を作れるようにすべき。(8/2)
- 介護施設で入所者が急変した場合に受け入れてもらえる医療機関が少ない。家族が延命治療を望まないケースもあり、看取りをどうするか検討する必要。(8/2)
- 亜急性期や回復期は家族がいる患者はよいが、家族がいない患者は長期療養にいくので

はないか。(8/2)

- 地域特性に応じた評価については、診療報酬は一物一価が原則であるが、平成 24 年度改定で、地域特性に配慮して要件を緩和した評価を行った。しかし、ほとんど使われていない。使われていないから止めるということもあるが、平成 24 年度に作ったばかりなので、もう少し続ける必要。(8/2)
- 患者の流入・流出を二次医療圏でみるのではなく、もう少し細かく患者の動きをみる必要。そもそも二次医療圏は設定が適切ではない。(8/2)
- 在宅医療を行うには、後方の病床も必要であり、亜急性期の病床や有床診療所の機能を十分評価する必要。(8/2)
- 病院、病床機能の分化や病院と診療所の機能分化と連携をきちんと評価する必要。(8/2)
- 薬剤師の病棟配置の評価は大切。より多くの病院で薬剤師が配置され、チーム医療が推進されるような体制整備を進めてほしい。(8/2)

### 3. 外来診療について

- 患者が大病院に集中して、勤務医が過重労働になっているし、医療の効率化で、地域に身近なかかりつけ医を持ってもらい、外来診療の機能分化を進めるべき。患者はまずはかかりつけ医にかかって、必要があれば病院の医療を受けるのが普通の患者の流れであり、かかりつけ医の機能を評価すべき。(8/2)
- 地域包括ケアのキーパーソンはかかりつけ医。かかりつけ医と地域の病院がどう連携するかが重要。かかりつけ医が最初に診察し、どこの病院に行くのが適切か患者に指示をして、紹介を受けて病院が入院医療をする仕組みが必要。連携を評価する場合は、連携体制ではなく、実際にやった事実を評価すべき。(8/2)
- 外来診療も機能分化を推進する必要。地域住民がまずは身近な診療所で受診し、必要に応じて急性期病院、専門病院に紹介してもらえる仕組みを確保すること、併せて、患者の回復状況によって紹介元に返すような連携のとれる道を構築する必要。大病院では、紹介外来、専門外来を推進し、評価していく必要。(8/2)

### 4. 在宅医療について

- かかりつけ医の機能の一つに在宅医療があり、高齢者から小児まで診ている。在宅療養支援診療所ではない診療所も在宅医療をやっており、行っている行為をしっかりと評価すべき。(8/2)
- 医療と介護の連携強化を真剣に考える必要。地域包括ケアシステムの構築に向けて、平成 26 年度診療報酬改定で、介護との連携を見越して、踏み込んだ対応をしておかないと、平成

27年度介護報酬改定も中途半端なことになる。2025年の絵姿を見越して、診療報酬がどうあるべきか、介護との連携がどうあるべきかを考える必要。(8/2)

- 次回の診療報酬改定では、前回の改定でまとめられた基本方針を基に進める必要。2025年を見据えて、地域包括ケアシステムの流れを止めてはいけない。2年間で何が違って、何が不足していたか、発展させるのはどこかという観点で検討する必要。(8/2)
- 地域の状況、地域資源の状況に応じて、地域内の地域包括ケアシステムを作り上げる必要。地域ケア会議に医療機関が参加しやすくなるような仕組みを考える必要。(8/2)
- 患者からすると、在宅療養を望んでも、なかなか難しい状況。医療資源が少ない地域では、在宅医療の担い手が少なく、看取りまでの在宅医療は難しい。地域に合わせて実現できるようなものを構築する必要。(8/2)
- 家族がいなくても在宅医療が受けられるのか心配する声が多い。独居でも老々世帯であっても、きちんと在宅医療が受けられる医療を目指すことを打ち出す必要。都道府県の地域医療再生計画をみると、在宅医療の目標が全国平均との比較でしかない。国として、在宅療養支援診療所・病院や訪問看護ステーションなどの目安を出す必要。(8/2)
- 在宅療養支援診療所の届出を出しても、在宅医療の実態がないところもあるので、実態を把握してシステム作りを進める必要。(8/2)
- 在宅療養支援診療所・病院は、数はたくさんあるが、看取りをやっているところは少ない。在宅医療学会でテーマを見ていると、発表者は病院の方が多い。200床以下に限らず、200床以上の病院の人的資源も活用してもよいのではないかと。病院と診療所がお互いに助け合って、在宅医療を充実していく必要。総合診療、在宅をやりたいという医師も病院にはたくさんいる。(8/2)
- 多くの方が在宅で最後まで療養生活を続けられるよう、訪問看護をさらに推進していく必要。24時間対応や看取りへの対応、医療依存度の高い重症化した方への対応が必要で、看取り等の機能に応じて、訪問看護ステーションを評価するとともに、訪問看護ステーションの大規模化を促す方策が必要。また、医療機関と訪問看護ステーションの連携により、専門的なケアを提供できる人材を活用して、適切な訪問看護を提供できる仕組みが必要。(8/2)
- 訪問看護ステーションは増えているというが、閉鎖するところも多く、なぜ閉鎖するのか理由を調べて、安定した事業展開ができるような対応を検討する必要。(8/2)
- 訪問看護ステーションが閉鎖するのは、看護師がいなくなるから。規模の大きな病院には看護師がいるので、その中から訪問看護をやりたい人を出すことができる。診療報酬で手当てしてほしい。(8/2)
- 在宅医療で果たせる歯科の役割は大きいはずだが、在宅療養支援歯科診療所が増えている。在宅療養支援歯科診療所でなくても、かかりつけ歯科医が訪問診療をやっているケースも多いが、医療や介護の現場から在宅歯科医療への依頼が少ないのが課題。要介護者の在宅歯科のニーズに応える仕組みを検討する必要。早期に口腔内の状態を把握して、歯科

医療や口腔ケアをしていくことが大事であるが、医療や介護との連携が少ないので、連携システムを構築する必要。(8/2)

- 在宅医療では薬を使うので、薬剤師が適切に関与し、医薬品の適正使用と安全管理を確保する必要。かかりつけ薬局・薬剤師が地域の中で役割を担うことが必要。薬局の在宅医療の推進に向けて、取り組んでいるが、地域の薬局・薬剤師が十分に活用されていない状況。薬剤師が在宅で適切な医薬品共有と管理ができるよう、検討する必要。(8/2)

## 5. その他

- 高齢者を対象にした資料がほとんどになっているが、難病、ポストNICU、身体障害の子どもたちなど、小児については、どのように考えているのか。(8/2)
- 認知症対策を医療の面からも加速する必要。(8/2)
- 要介護になる前に歯科の口腔内をみて、残っている歯をいかに維持するかが大切。できるだけ早期に口腔管理を行うことも大切。高齢者が口から食べることは大切で、医療連携の中で、歯科も含めて検討してほしい。(8/2)
- 医療のICT化、医療情報のICT化は、医療の重点化・効率化、医療機関、介護との連携強化のために必要。(8/2)