

## 社会保障審議会 医療保険部会 各委員の発言要旨【未定稿】

※ 8/9資料からの追加は下線部分

## 1. 基本認識について

- 社会保障・税一体改革では、医療サービスの充実のために、消費税引上げ財源を利用することとされている。平成26年度には消費税率の8%への引上げが行われることから、消費税引上げの財源のメインを診療報酬改定に充てて、医療サービスの充実を図るべき。2025年に向けて、現場での取組を応援するような改定にすべき。(7/25)
- 社会保障・税一体改革において、消費税の引上げ財源で、医療サービスの充実を図ることは国民との約束。補助金では公的病院が中心となるので、民間中心の医療提供体制の我が国では、診療報酬によるインセンティブの方が効果的。消費税引上げ財源を平成26年度診療報酬改定に充てて、地域に密着した医療の担い手である中小病院、有床診療所を強化し、かかりつけ医機能の充実と在宅医療の裾野を広げる取組を推進するとともに、急性期の大病院との機能分化、連携を進めるべき。(8/1)
- この10年で約8%の医療費と介護費用の減額が起こり、少し改善してもまだ1%も改善していない。増大する社会保障費をカバーするために消費税を上げると言っていたが、いつの間にか消費税の一部しか社会保障費に使わないという風潮がでている。その中で、医療費と介護費用を上げてもらいたいと当然お願いするわけだが、医療提供側も効率化できるところは効率化することが必要。(7/25)
- 社会保障・税一体改革で2025年に向けた方向性が示されているが、この方向で進めるべき。医療費は年2、3%の伸びであり、このままでは財政的に破綻する。いくら消費税を上げても追いつかないので、医療の充実と同時に、効率化を進めるべき。医療の効率化では、国民の意識改革と、医療提供体制の効率化が必要。効率化の項目を具体的にどうするか、工程表に落とし込むような政策作りをお願いしたい。(7/25)
- 社会保障・税一体改革は、社会保障・税一体改革成案、社会保障・税一体改革大綱で掲げられた2025年のイメージを見据えつつ、病院・病床機能の分化・強化と連携、在宅医療の充実、重点化・効率化を計画的に実施するものとして、前回の改定の基本方針で整理されており、社会保障・税一体改革が何を指しているか明らかにすべき。(8/9)
- 病院・病床の機能分化、医療・介護の連携強化、在宅医療の充実は、社会保障・税一体改革大綱で明確に方向性が示されており、着実に計画的に実現する必要。病院・病床の機能分化、その受け皿というべき地域包括ケアシステムの確立が極めて重要。医療機関の連携・強化、医療・介護の役割分担の明確化と連携、社会的入院といった課題がある。(8/9)
- 財政の健全化は中長期的課題で国際公約にもなっており、消費税の引上げ財源によって、医療・介護の機能強化を図ると同時に、重点化・効率化も着実に進める必要。将来的な持続可能な社会保障制度の改革を実現するためには、給付の重点化・効率化、療養の範囲の適正化も検討する必要。(8/1)

- 社会保障関連費用が非常に増大する中で、消費税引上げ財源で医療・介護の機能強化を図ると同時に、重点化・効率化を着実に進める必要。将来的に持続可能な社会保障制度を維持する観点から、まずは給付の効率化・重点化、療養の範囲の適正化の検討に注力する必要。(8/9)
- 現場の混乱を避けることも重要なので、段階的にということも理解できるが、2025年の姿として描かれた医療体制の方向へ向けて、着実に改革を推進していく必要がある。「段階的かつ着実に」という表現にすべき。(8/9)
- 保険者はいずれも厳しい状況にあるが、次回改定では、消費税8%への引上げに伴う診療報酬の対応が求められる状況。これ以上の国民負担を避けるため、診療報酬の引下げも視野に入れて、効率化できるものを常に探して、医療費適正化の取組を打ち出す必要。(8/1)
- 厳しい医療保険財政を踏まえた視点をもう少し盛り込むべき。医療費が急増し続ける中で、これ以上の国民負担を回避するため、効率化できるものを常に探して、医療費適正化に向けた取組を打ち出すべき。厳しい医療保険財政を踏まえれば、次期診療報酬改定はこれ以上の国民負担を回避することを基本とすることも意見として反映すべき。(8/9)
- 診療報酬は診療行為や入院への対価の支払いであり、対価の付け方で医療機関等の行動を誘導し、一定の政策目的を達成する性格。補助金は、一定の政策目的を設定し、対象となる人に一定の行為をしてもらい、追加的な費用が発生するときに、その追加的な費用を削減するためにお金を出すことが多い。医療機関等の経営努力や自発的な行動を促す観点から、医療保険分野の政策達成手段としては、診療報酬の方が好ましく、一定のコストが必要で補う必要があるところは補助金を組み合わせる形になる。診療報酬がメインで、補助金はそれで達成できないところを補う形で、適切な組み合わせを考えていくことになる。(8/1)
- 診療報酬は価格であって、医療サービスは、価格が公定で決まっていることを除いては、市場メカニズムが働いている分野。需要と供給を考えて診療報酬を設定する必要。需要と供給を無視すると、混乱を招く。7対1病床も、現状は行き過ぎた価格のインセンティブが働いている。価格の値付けは難しいので、間違った価格付けを起こさないように、慎重に検討する必要。(8/1)
- 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。(7/25)
- 医療人材の確保は緊急度が高い。救急・周産期、外科等の急性期医療を担う医師、看護職員、コメディカル等の人材確保を優先的に考える必要。(8/9)
- TPP交渉が始まり、規制改革会議では保険外併用療養費制度を最優先課題として、混合診療の解禁を求める意見が出ている。改定の基本方針には、今後の超高齢社会でも、必要な医療は保険診療で行われるべきとの理念の下、国民皆保険を堅持し、国民の健康を守ると

いう基本認識を書き込むべき。(8/1)

- 長寿社会の実現には、医療関係者の献身的な努力だけでなく、国民の健康に対する意識など様々な要因もあるので、追記すべき。(8/9)
- 医療費の対GDP比がOECD諸国で中位にあり、世界一の高齢化水準に鑑みれば、世界に高く評価されるコストパフォーマンスという記述を入れる必然性が理解できない。(8/9)
- 世界一の高齢化率を考えたら非常にコストパフォーマンスが高いというのは事実であり、さらに高齢化が進む中でこれを維持していくためにはそうすればよいのかという視点で考える必要。(8/9)

## 2. 入院医療について

- 急性期病床が療養病床より何倍もある。入院期間が短い急性期病床が、長い療養病床より少ないのが当然のこと。急性期病床にたくさんの慢性期患者が入院しており、看護師や医師がたくさんいる病床に軽い状況の患者が入院しているという、非効率な状況は改善する必要。急性期病床、7対1病床が莫大に増えた現状をソフトランディングしていくよう協力をお願いしたい。(7/25)
- 急性期の7対1病床が多すぎるというのが現実。患者の状態にあった医療が行われているのか、入院基本料は看護必要度に見合ったものになっているのか疑問。高度急性期、一般急性期、亜急性期、回復期等に一般病床を区分し、必要な病床数にバランスよく配分していく改革が必要。(7/25)
- 急性期病床の機能分化・強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り、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重要。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。(7/25)
- 7対1病床は急速に増えているが、それだけ急に急性期の患者が増えたというデータもないだろうから、妥当性がある状況ではない。しかし、1回このような状況になったものを変えていこうとすると、強い抵抗が予想され、腹を据えて考えていく必要。患者の迷惑にならないよう、現場の混乱は避けなければならないし、兼ね合いを取りながら進める必要。(8/1)
- 亜急性期、回復期、慢性期の病床の方が、急性期の7対1、10対1の病床よりも広く、療養環境がよい。1か月、2か月、半年、1年と入院するとき、狭い療養環境で本当によい療養ができるのか。できるだけ早く療養環境のよいところに移って、リハビリなどを集中的にやって、早くよくなるようにする必要。(8/1)
- 長期療養患者は適切な環境で療養を行うことが重要。医療法で、一般病床は 6.4 m<sup>2</sup>/床という新しい基準になっているが、平成 13 年3月前のものは 4.3 m<sup>2</sup>/床という古い基準で認められている。一般病床の障害者病棟や特殊疾患病棟は超慢性期で、2年、3年、5年、10 年と入院する場合があります、療養病床等の環境での療養が必須だと思う。(8/9)
- 一般病床として一括りにされている病床を、急性期、亜急性期など、区分していくべき。患者側からすると、7対1病床が一般病床の4割を超える比率を占めており、高い入院基本料を

負担しなければならない。厚い医療サービスを受けていないのに、高い入院基本料を払わないといけないのは矛盾があり、議論が必要。(8/1)

○ 病床区分を議論する際には、患者の負担が適正かどうかという視点も忘れないでほしい。(8/9)

○ 7対1の急性期病床でも、90日を超える長期入院患者が3%くらいいる。90日を超えて入院している方が急性期というのはいかかなものか。病床を急性期、亜急性期と区分する方向で議論を進めるべき。しかし、病床の再編で医療現場に混乱が起きるのは、患者側にとっても問題であり、計画を作って工程表に従って進めることを検討する必要。(8/1)

○ 保険者は極めて厳しい財政状況にあり、国民負担を最小限にとどめるのが基本。限られた医療資源を有効に活用していくためには、効率的かつ効果的な医療提供体制の実現が必要。7対1病床をはじめ、急性期病床にもかかわらず、慢性期患者や軽い症状の患者が入院している状況や、7対1病床が多すぎる状況を踏まえると、病床の機能分化に非効率な部分がある。高度急性期から長期療養まで、病床機能に応じた患者像を丁寧に把握した上で、患者像に即した適切な評価をして、病床の機能分化をさらに改革する必要。また、医療提供体制の見直しや、医療給付の重点化・効率化は、制度面からメスを入れなければ、医療保険制度の持続は難しい。(8/1)

○ 社会保障・税一体改革について、2025年の姿に向けて、着実に進める必要。現場の混乱がないようにソフトランディングを図ることも重要ではあるが、病床や病院の機能分化を通じ、患者の状態に応じた適切な医療提供を行うとともに平均在院日数の縮減等が必要。(8/1)

○ 病床の機能分化は性急なやり方をすれば、現場で大混乱と反発を招くので、現実的な対応が必要。急性期には、重症・中等症・軽症があり、サブアキュートは急性期、ポストアキュートは亜急性期とするのが自然な対応。具合の悪い方はいったん全て急性期に向けて、落ち着いたら早期に亜急性期に移す仕組みとする方がスムーズに移行が進む。(8/1)

○ 急性期の患者ができるだけ早く退院したり、次のステージの病床に移れるように、廃用症候群予防のための早期のリハビリや、退院支援の充実が必要。(7/25)

○ 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。多くの職種の協働により、在宅復帰の促進、入院早期からの生活支援に軸を置きリハビリテーションを推進すべき。(7/25)

○ 入院早期からのリハビリは必要だと理解するが、現場でマンパワーの争奪戦のようなことになって混乱しないように配慮が必要。(8/9)

○ 超高齢社会では高度急性期医療よりも地域に密着した医療のニーズが増加。その担い手はかかりつけ医機能を持つ200床以下の中小病院、有床診療所、質の高い医療が提供できる診療所。前々回の改定は急性期の大病院中心で、今回はやや改善されたが、次期診療報酬改定では、大病院に患者が集中しないようにするためにも、超高齢社会を乗りきるためにも、地域に密着した医療の大幅な充実を図るべき。(7/25)

○ 「亜急性期等」の項目で、「在宅患者の急変時の受入れ」と書いてあるが、在宅患者といっ

ても、若者から高齢者、軽症から重症までいる。一括りにして、亜急性期で受け入れるというのは実態を反映していない。サブアキュートは急性期、ポストアキュートは亜急性期という方が現実的であり、「在宅患者の急変時の受入れ」は削除すべき。(8/1)

- 7対1の急性期病床を減らして、亜急性期病床を増やそうと、無理矢理強行するのは問題。大きな方向性としては、そうした必要性があるが、現場を混乱させることは避けるべき。多くの慢性期病院など、人員体制の薄い病院は、非常に負担が増えており、在宅患者の急変時を診るというのは、これ以上疲弊させ崩壊させることはできない。(8/1)
- 中小病院の急性期をがんばっている二次救急を活用し、さらに、軽い急性期の患者を早く亜急性期に移す仕組みを作って、急性期の病床を減らして、亜急性期を増やすのが現実的。(8/1)
- 多くの急性期病床を無理やり亜急性期病床に移行させようとする、現場に混乱と不安が生じる。日本医師会と四病院団体協議会は医療提供体制のあり方について合同提言を行ったので、次期改定の基本方針にも、この内容が反映されることを希望。現場では、急性期には重症、中等症、軽症があり、サブアキュートは急性期、ポストアキュートは亜急性期とするのが自然な受け止め方。急変時は急性期で受けて、落ち着いたら亜急性期に移す仕組みの方がスムーズに移行が進む。急変時は、若年者は急性期へ、高齢者は亜急性期へという分け方は差別。7対1から 13 対1の病院になると、以前と同様の機能を維持することは困難。救急から撤退する病院が続出し、残った病院の負担が重くなって、現場が大混乱に陥ることは避けなければならない。亜急性期に「在宅患者の急変時に受け入れ」というサブアキュートが入っているが、サブアキュートは急性期と考えているので、削除すべき。(8/9)
- 日本全国で救急医療は非常に困難な状況。高度急性期で診なくてもよい救急患者が多い。その分の一部を亜急性期が担当するという話であり、「亜急性期等」の項目の「在宅患者の急変時の受入れ」はこのままでよい。(8/1)
- 今でも、一次・二次救急にきた患者で、重症者は三次救急に行く仕組み。在宅患者の急変時も、亜急性期でワンステップして重症者は三次救急に行くということで、今の仕組みと変わらない。(8/1)
- 慢性期病院が救急を診られないと言われたが、亜急性期病床は、ポストアキュート、サブアキュート、在宅へ早く復帰させるリハビリ等の3つの機能を持った新しい概念の病床を作ること。2025 年の高齢化で、病床が増えないとなると、本当の救急と、亜急性期病床で診られる救急とを考える必要。機能分化していかないと、全てが高度急性期に行くということではどうにもならない。(8/1)
- 救急患者がなかなか受け入れられず、特に高齢患者は二次救急も受け入れるのをためらうことがあり、非常に困っている現状がある。2025 年に向けて、死亡者が増え、高齢の救急が増える。今のままで行くと、ERに軽症の救急もどんどん運ばれてきて、現実問題として非常に困る。軽度の慢性期の急性増悪、軽度の救急は地域の中である程度分担して急変患者を受け入れないと、救急体制が非常に困ったことになることを前提に、提案がなされていると思うので、理解してほしい。(8/9)

- 住み慣れた地域にできるだけ長く暮らせるように、医師会と行政が協力して、地域ごとに地域包括ケアシステムを構築する必要。かかりつけ医が看取りを含めた在宅医療を安心して行うようにするため、それを支える身近な中小病院や有床診療所の評価が必要。(7/25)
- リハビリは急性期、疾病の早期にすべきというのは分かるが、慢性期のリハビリも必要。(7/25)
- 早期からのリハビリは賛成だが、リハビリに算定日数制限があつて、それ以降は基本的になくしていこうという方向性がある。慢性期のリハビリの重要性を認識してほしい。(8/1)
- 高齢者のケアについて、リハビリが必要であり、機能回復を継続してやれるように考えるべき。(8/1)
  
- 「地域特性」について、平成 24 年度診療報酬改定で、入院基本料などで地域に配慮した一定の評価が行われた。医療資源の少ない地域では、医療従事者の確保は困難であり、その対象範囲の見直しと、地域の実情に応じた配慮が必要。(8/1)
- 地域の実情に配慮した評価のあり方について検討するという方向は、前回同様、必要だと思うが、地域に住んでいる患者の負担も考慮した上で検討するというニュアンスを出すべき。  
(8/9)
  
- 有床診療所については、病院からの早期退院患者の在宅・介護施設への手渡し機能、専門医療を担って病院の役割を補完する機能、緊急時に対応する医療機能、在宅医療拠点としての機能、終末期医療を担う機能の5つの機能を担って、地域に密着した医療に貢献。有床診療所の多様な機能に応じた評価が必要。(8/1)
- 有床診療所は、在宅ケアや看取りに関心をもっているようなので、バックアップするような制度が必要。(8/1)
- 前回の診療報酬改定で、有床診療所への管理栄養士の配置が必要となったが、地元の有資格者がいないので、管理栄養士を確保できていないところが多い。有床診療所の入院医療について、機能を損なわないような評価も必要。(8/9)
  
- 中山間地では、自宅療養だけでは支えきれない。療養病床が廃業に追い込まれたケースもあることから、地域の実態を踏まえ、医療を受けられない者がでないよう配慮が必要。(7/25)
- 長期療養を担う病棟の受入れ体制の充実、有床診療所における入院医療の機能評価は、急性期病床の適正化や在宅医療の促進の観点から必要だが、社会的入院の問題が残らないよう十分配慮する必要。(8/1)
- 介護療養病床について、あまり医療の必要度がない方は介護施設に移っていただく方向性は間違っていないと思うので、6年間の猶予期間の後に、どのようにしていくのか議論すべき。(8/1)
- ターミナルをみる介護施設的な、医療の必要があるような施設が必要。介護療養病床の6年間の猶予の間に、急性期病院、一般病床の整理をして、亜急性、慢性期を作って、それぞ

れに機能を与えて、次のステップの介護にどういう機能を積むかという、一連としてつながっている問題。(8/1)

- 介護療養病床に関しては、重度の方のための看取りなど、ある程度まとまるところが必要。(8/1)
- 療養病床の再編で、病院から出されるということになると、受け皿となる施設が足りないし、中山間地域では在宅治療も難しい。療養病床も含めて、全体のバランスを見ながら、報酬に関する一つの論点とするのはよいと思う。(8/1)
- 療養病床の夜間は大変なようなので、看護師の増強なりも必要ではないか。(8/1)
- 病院・病床の機能分化は診療報酬や医療計画で進めていくことが大事だが、患者の立場では、急性期が終わった後にどうなるのか不安になり、医療機関の連携が非常に重要。これまでも救急患者の地域連携紹介加算や地域受入加算、退院調整加算等があるが、診療報酬上も医療機関が連携を進められる条件を作っていく必要。患者が安心して、ニーズに応じた医療を受けられるようにするための連携も忘れてはいけない。(8/1)
- 地域に密着した医療の担い手である中小病院、有床診療所、診療所が連携して、地域ごとに介護も含めて地域包括ケアシステムを構築するとともに、それを支える高度急性期医療を担う大病院との連携も重要。急性期病床から慢性期病床、在宅医療まで、医療機関の連携を評価し、地域の複数の医療機関が協力して、患者の状態に応じた質の高い医療を提供することを支援する必要。(8/1)
- 病棟薬剤師は、持参薬の管理、ハイリスク薬の管理、服薬指導、モニタリング、勤務医の負担軽減等に努めており、病棟における薬剤師業務の評価が必要。(7/25)

### 3. 外来医療について

- かかりつけ医機能の充実が必要。かかりつけ医は、何でも相談できる上、最新の医学情報を熟知して、必要な時には専門医、専門医療機関を紹介でき、身近で頼りになる、地域医療、保健、福祉を担う総合的な医師。かかりつけ医が在宅医療の中心となれるよう研修を行っていくが、かかりつけ医機能の評価が必要。その際、日本のかかりつけ医は、複数の疾患があれば複数いる現状を踏まえる必要。(7/25)
- かかりつけ医機能の充実が必要。軽症患者が大病院に直接行くのは、医療資源を非効率に使っている。まずは診療所や小規模な病院でかかりつけ医機能を担い、必要に応じて専門病院や大病院に紹介し、ある程度回復したら、逆紹介により診療所等で回復を見届ける仕組みに変えていく必要。(7/25)
- 病院と診療所の役割分担・連携の推進、かかりつけ医機能の強化を通じて、緩やかな形でのフリーアクセス制限を進めていく必要。限られた医療資源の中で、フリーアクセスを確保していくためには、例えば、紹介のない外来受診への一定額の自己負担も検討すべき。(8/1)
- 穏やかな形でのフリーアクセス制限を進めていく方法として、紹介のない病院の外来受診

への一定額の自己負担の導入を検討すべき。(8/9)

- かかりつけ医機能を充実させる必要があるが、諸外国では思い切った手を取っている例もあり、場合によっては諸外国の例も考えつつ、かかりつけ医機能の充実を検討する必要。(8/1)
- 外来診療でも、かかりつけ薬局や薬剤師機能を評価していただき、慢性疾患をもつ患者などに適切に対応していきたい。(8/1)
- 高齢者が家を移動したときに、かかりつけ医を紹介してもらえる仕組みを作してほしい。(8/1)
- かかりつけ医という言い方もあるし、総合診療医という言い方もある。かかりつけ医よりも、主治医機能と書けないか。(8/9)
- 総合診療医は実態がないので文書にするのはどうかと思う。我が国のかかりつけ医機能をさらに充実させる方向で行くのが現実的。かかりつけ医機能は診療所だけでなく中小病院も有し、複数の慢性疾患があれば、複数のかかりつけ医がいる。(8/9)

#### 4. 在宅医療について

- 住み慣れた地域にできるだけ長く暮らせるように、医師会と行政が協力して、地域ごとに地域包括ケアシステムを構築する必要。かかりつけ医が看取りを含めた在宅医療を安心して行うようにするため、それを支える身近な中小病院や有床診療所の評価が必要。(7/25)[再掲]
- 在宅医療の裾野を広げるため、在宅療養支援診療所・病院以外の中小病院や診療所の在宅医療の評価も必要。(8/1)
- 在宅医療の病院は、中小病院ということによいか。(8/9)
- 在宅医療で最近みられるようになってきた不適切事例については、行政と医師会が協力して、なくしていくことも必要。(7/25)
- 在宅医療を進める必要。自宅に帰るだけでなく、介護施設等も含めて、地域全体で考えて、地域包括ケアシステムを構築すべき。ただし、診療報酬・介護報酬で全部やるのは無理なので、補助金と併用して進める必要。医療、介護等の分野で横断的に検討し、地域ごとに地域包括ケアシステムが完成するような仕組みを検討してほしい。(7/25)
- 家族構成が変化し、高齢者の一人暮らしや高齢夫婦のみ世帯が増える。在宅医療の体制は地域によって整備状況が異なる。地域包括ケアシステムは、介護からボールが投げられ、医療側がキャッチすると思うが、医療難民がでないようにお願いしたい。(7/25)
- 介護保険の地域包括ケアシステムとうまくかみ合うような形で、診療報酬体系を検討する必要。(8/1)
  
- 在宅で最後まで療養生活を続けられるよう、訪問看護を推進していく必要。24時間対応や看取り・重度化への対応が必要で、看取り等の機能に応じて、訪問看護ステーションの評価を行うとともに、訪問看護ステーションの大規模化を促す方策を検討すべき。また、病床の機能分化が進むと、地域で多様な患者への対応が求められるため、医療依存度の高い者への



訪問看護が適切に評価される仕組みが必要。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する仕組みが必要。(7/25)

- 訪問看護ステーションの大規模化を診療報酬の評価でお願いしたい。(8/1)
- 在宅医療を拡大する上で、医療機関から在宅への円滑な移行、医療と介護の連携を進めることが重要。在宅医療に当たる医師、訪問看護の役割は重要。訪問看護師の数を増やすため、キャリアパスも含めて検討すべき。(8/1)
  
- 高齢者歯科、在宅歯科、周術期歯科など、口腔機能に着目した歯科医療について取組を始めている。医科・歯科連携、病・診連携、多職種連携等の課題があるので、次の診療報酬改定では、諸課題を解決していく方向の対応を議論してほしい。(7/25)
- 在宅歯科医療でも、医療連携が重要だが、連携の取組が進んでいない。医科歯科連携、多職種連携が進むよう、医科から積極的に連携を求める仕組みができないか検討してほしい。(8/1)
  
- 薬局の在宅医療の推進に向けて、量の確保とともに、質の高い在宅医療の体制整備を行っている。しかし、薬局の在宅医療の実績は少ない。より積極的な在宅医療への参加を進めたい。訪問薬剤管理指導を実施するため、かかりつけ薬局・薬剤師機能を強化し、地域の実情に合わせた24時間の相談体制を整備したい。また、慢性疾患の患者を中心に長期処方が増えており、患者に応じた調剤、薬剤の交付、管理を行いたい。残薬の確認・管理は医薬品の適正使用を促し、医療費の節約にも貢献。次の診療報酬改定では、かかりつけ薬局・薬剤師機能の評価をお願いしたい。(7/25)
- 入院前と入院中の薬剤の連携が重要であり、薬局薬剤師と病棟薬剤師が連携することにより、質の高い切れ目のない業務を行いたい。(7/25)
- 在宅薬剤管理指導は、調剤薬局だけでなく、医療機関も含むものだと思っている。(8/9)
  
- 医療機関、訪問歯科、訪問看護ステーション、薬局それぞれの施設を充実することも大事だが、在宅医療では、各施設、各職種が連携することが重要。(8/1)

## 5. ネットワークについて

- 「地域完結型」の医療という言葉が出てくる。連携をさらに強化していくということだと思うが、地域の医療機関の一体的な評価、医療と介護の一体化のようなことを含むのか。(8/9)
- 「地域完結型」の医療ということのイメージを示してほしい。(8/9)
- 社会保障国民会議の中でも「地域完結型」の医療が具体的に何を意味するのかということが細かく議論されていない。「病院完結型」との対比という形で書かれている。(8/9)
- 病院・病床の機能分化・連携は必要だと思うが、患者は医療的な客観的ニーズを超えた、膨らみのある主観的なニーズをいろいろ持っている。病院・病床の機能分化で提供するものと、患者のニーズに齟齬が生じる可能性があり、現場で退院の際のトラブルとして現れる。ハ

ードウェア的な機能分化と同時に、現実には円滑に進めるためのソフトウェア的な側面への配慮が必要。現在も医療対話推進者を診療報酬で手当しているが、このようなソフトウェア的な側面への配慮が必要。(8/9)

- 急性期病院が多すぎるのは確かにあるので、病院・病床の機能分化を進めることはよいが、結果として、高齢者が機能分化した病院を渡り歩くことになる。高齢者が移動していくときに、必要な情報提供や手続きの簡素化に配慮して、適切な療養環境が得られる仕組みを作ってもらいたい。(8/9)

## 6. その他

- ホスピスが不足しており、医療体制の中でどう考えるか検討が必要。(8/1)
- 認知症対策の促進、難病対策、精神科の在宅医療の充実なども検討すべき。(8/9)
- 80歳でも20本以上の歯を保つ、8020運動を推進してきた。歯を残すことが、長寿社会で国民の生活の質を良好に保つことになる。歯が残っているほど、生存期間が長く、認知症の発生が少ないというエビデンスがある。こうした視点で、次の診療報酬改定の議論をお願いしたい。(7/25)
- 高齢者歯科、在宅歯科、周術期歯科など、口腔機能に着目した歯科医療について取組を始めている。医科・歯科連携、病・診連携、多職種連携等の課題があるので、次の診療報酬改定では、諸課題を解決していく方向の対応を議論してほしい。(7/25)[再掲]
- 口腔ケアにより認知症等の改善ができるという知見があるなら、それをいかす工夫をお願いしたい。(8/1)
- 診療報酬ではないと思うが、早期予防も重要。国保中央会では、10月から国保のデータベースの稼働を始め、レセプトで拾える情報を拾いながら、予防につなげていく取組を進めていく。(7/25)
- 医療のICT化の促進による医療提供体制の効率化、遠隔医療を行う医療機関の評価も追加してほしい。医療情報のICT化を進めるなどして、地域医療資源やニーズ、診療情報に関するデータを収集して活用することが重要。質の高い医療が効率的に提供できる体制を実現すること、検査や投薬の重複等を排除することが可能になる(8/1)
- 医療の重点化・効率化を進める上では、医療情報のICT化が重要。医療情報のICT化とネットワークを進めるという文言を追加してほしい。(8/9)
- マイナンバー制度が動き出し、医療の番号も検討されると思うが、患者一人一人の薬の情報や医療診断情報等のリンクが早くなり、一人一人の健康状況に合わせた医療がより確実にできるようになると思うので、それも射程において医療行政の充実を検討すべき。(8/1)
- 医療の効率化の推進について、後発医薬品の使用促進、レセプトの電算化等も強調すべき。(8/9)
- ジェネリック医薬品の使用促進について、インセンティブ策を超えた、諸外国で行われている制度的な対応も検討すべき。項目を一つ立てて、医療費適正化に関する姿勢を国民に明確に打ち出すべき。(8/9)

- 後発医薬品の使用促進について、新たなロードマップが示されたので、これまで以上に取り組んでいきたい。海外の事例は、制度や仕組みが違うこと、患者の意思もあるので、慎重に検討する必要。(8/9)
- 患者から見て分かりやすい納得のできる安心・安全の医療の実現という課題も重要であり、前回の改定の基本方針でも掲げられている。(8/9)