

社会保障審議会 医療部会 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と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)
- 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、国民の意識、保険者の保健事業などもあるので、追記すべき。(8/9)
- 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と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はあるが、

新たに社会的入院が発生しないよう考慮が必要。(8/2)

- 消費税引上げ財源を医療の機能強化に充てるに当たっては、国民の理解が得られるよう、医療機能強化と医療の効率化をセットにして同時並行に、と書いてほしい。(8/9)
- 病床機能分化、医療介護連携強化は、2025 年に向けて、間に合うように、丁寧な議論が必要だが、残された時間は長くないので、早く着手する必要。医療機関の連携、医療・介護の連携はもっと必要であり、長期入院・社会的入院の適正化や、結果として平均在院日数の短縮につながっていく。(8/9)
- 医療提供体制は2025年という明確なターゲットがあるので、それに向けて進める必要があり、「段階的かつ着実に」と書くべき。(8/9)
- 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)
- 消費税の収入は社会保障給付の充実に充てるが、その前提となる医療提供体制の充実の議論をすべき。(8/9)
- 今後の超高齢社会においても、必要な医療は保険診療で行うという基本理念の下、国民皆保険を堅持するということは、そのとおりだと思うが、皆保険体制を支える若い世代が減少している事実があるので、「超少子・高齢社会」と書くべき。(8/9)
- 医療ニーズが変化・増大していく中でと書いているが、医療そのものの内容が変わっている。医療内容が変わっているので、急性期後の入院の病床が必要。一般病床における入院の適正化を進めるため、急性期後も含めた在宅までの病床の整備が必要。機能分化は、国民の理解が得られるようにではなく、国民の理解を得て進めるべき。(8/9)
- 円滑に切れ目がなく医療が提供されることは大事だと思うが、患者が理解できないままスムーズに回っているのはいけない。患者の理解・納得の上で円滑に切れ目のない医療と書いてほしい。前回の改定で、大病院の経営は改善したが、200床前後の病院の経営は厳しいと言われている。患者の送られる先の病院が安定していることが、切れ目のない医療に重要だと思うので、高度急性期の次の医療を担う病院の経営が安定する仕組みを検討すべき。(8/9)
- 必要な連携は、事業所間連携だけでなく、団体や従事者間連携、法人間連携もあるので、「患者を支える機能間の連携」と書くべき。(8/9)
- 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)
- 診療報酬と補助金がどのような役割を果たすのか、役割分担の整理をする必要。(8/9)
- 「病院完結型」の医療から「地域完結型」の医療への転換は望ましい方向。様々な受け皿が必要であり、診療所を含む医療施設、介護施設、在宅医療等が考えられ、介護や地域包括ケアまで視野に入れる必要があり、診療報酬だけでなく、地域の実情に応じた補助金の創設が必要。(8/9)

- 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)

- 社会保障・税一体改革大綱、三党合意、社会保障制度改革国民会議の一体的な流れの中で、医療の改革、機能分化を進めていくということなので、日本医師会と四病院団体協議会が合同で提案することにした。発症から在宅復帰支援まで、どのような病期にあっても、最善の医療を提供する体制を構築。地域特性に合わせた柔軟な医療提供体制を構築していきたい。国民の健康に生涯にわたって幅広く対応していくことを目指して、かかりつけ医機能の充実に努めていく。医療資源、介護資源が一定以上整備されている地域では、機能が充実している場合にはその整理が必要。他方、医療資源が十分整備されていない地域では、医療に切れ目が生じないよう、地域に応じた機能の見直しという整理が必要。そのために病床機能報告制度を活用すべき。都道府県が情報の収集分析を行い、地域の医療提供者や関係者が主体的に医療を構築。一般病床は「その他の病床」という位置付け。亜急性期という名称は、ポストアキュートか、サブアキュートか明確でない。次の区分で、病床機能報告制度で報告を行うことを合同で提案。高度急性期病床は、救命救急センター、集中治療室等、救命のために専門医等が常時配置されている病床。急性期病床は、幅広くすべき。在宅や介護施設等の患者の急性増悪は、亜急性期病床、亜急性期病棟に入るべきという議論があるが、高齢者が急性増悪になったら、軽い急性期として、急性期病床にまっすぐ入らない仕組みで、高齢者の差別。提案されている亜急性期病床、亜急性期病棟の提案には断固反対。回復期病床は、急性期経過後も引き続き入院医療が必要な患者に医療を提供する機能をもつ病床で、ポストアキュート。リハビリテーションが必要な患者に専門的リハビリテーションを提供する病床とそれ以外の病床がある。報告制度をちゃんとやって、都道府県別の情報を精緻に分析して、都道府県の地域事情に応じた適切な医療提供体制を構築していただきたい。(8/9)

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)
- 「7対1病床」ではなく、「7対1入院基本料の病床」と書くべき。傾斜配置が認められているので、実際の配置では、5対1、3対1の病棟もあれば、10対1、13対1の病棟もあるので、実態を踏まえた上での議論が必要。平成18年度改定で、看護師がいればよいというので、7対1入院基本料が増えた。増えたらけしからんということでは、現場は困る。一体改革では、高度急性期は人を増やし、在院日数を減らすと言っている。在院日数を減らすには看護師を多く置く必要がある。2025年には今以上に看護師を急性期病床に配置することになる。長期のビジョンをしっかりと作って、これくらいの急性期であればこれくらいの看護であって、在院日数も出して、その過程で今回の改定をどうするか、ということでない、医療機関はまた梯子を外されるのではないかと不安になる。7対1入院基本料が取れない病院が出てくると思うが、他方、労働環境をよくしろとも言われる。人が少ないと労働環境は悪くなる。将来の長期ビジョンがどうなるというのを示して、対応してもらいたい。(8/9)
- 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)
- 急性期病床と長期療養を担う病床の機能分化は図られているのではないか。急性期から移っていく次の段階がない中で、適正化されたら苦しめられるのは急性期の病院なので、考え

方を変えていただきたい。急性期を脱した患者の転院先がない。(8/9)

- 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)
- これまでの医療提供体制は生産年齢層を中心とした医療だったが、生産年齢層は減っていく。その医療需要も減る。急性期の治療後も障害を抱えつつ医療の継続を必要とする患者が残された機能を活かしながらQOLの維持改善を図ることを目的とした、慢性疾患モデルを急速に作っていく必要。そういうモデルの対象となるのは 75 歳以上の高齢者が多く、専門的な急性期治療が終わった後も、一定期間の入院やリハビリ、廃用症候群の予防や合併症や後遺症の治療により、直ちに急性期病床を退院することができず、急性期病床に入院しているのが現実。急性期後の病床をいかに急速に整備するかが重要であり、財政的な支援や制度的な支援が必要。病床機能報告制度では十分でなく、病床に入っている病態像とどういう治療を行っているのかという医療情報を集めて、分析評価して国民に開示・周知し、国民に問うべき。病床機能が分化しても、円滑な患者の移行はできない。重要なのは自己負担で、急性期病床、療養病床、特別養護老人ホーム、在宅医療で比べると、介護の費用も含めて、急性期医療が一番安くなっている。(8/9)
- 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)
- 急性期の軽い、重いというのは結果であり、最初から高齢者が急性増悪や急病になったときに、サブアキュート、軽い急性期と定義することが間違い。ポストアキュートは回復期。(8/9)
- 救急医療は厳しい状況にあるが、更なる高齢化で、救急患者はもっと増える。急変した患者を全て救急センターで受け入れることは難しい状況になるので、在宅患者で急変した軽症、中等症の患者は亜急性期病床で診ることも必要ではないか。この議論は、中医協で議論されると考えている。(8/9)
- 急変したときは救命救急センターに行かなければならないと言っているわけではなく、少なくとも急性期病床でと言っている。その結果として、急性期病床でなくてもよいということになれば、適切な病床に移ることも選択肢。最終的には、病床機能報告制度の議論も踏まえながら、中医協で決めることだと思っている。(8/9)

- 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。(8/2)
- 国民からみて分かるかどうか的大事。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行くのではないか。(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)
- 地域に配慮した評価のあり方を検討する際には、当該地域において、患者負担の増大につながることも考慮する必要。(8/9)
- 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)
- 地域の実情に合わせた地域ごとの医療提供体制の構築が大事。在宅医療を選ぶ上で、必要なときにいつでも受け入れられる病院や有床診療所を確保することが、患者や家族の安心につながる。(8/9)
- 有床診療所について、地域の医療提供体制の中でどのような役割を果たすのかという観点

で議論を進める必要。社会的入院の問題に留意しながら、と書くべき。(8/9)

- 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)
- 病院の機能に歯科医がいることで、口腔ケアや口腔機能維持の機能が求められる。医科と歯科との連携は病院歯科から始まり、口腔情報が急性期からリハ、在宅にもつながっていく。(8/9)
- 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. 外来医療について

- 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ら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)
- 患者の立場からは、かかりつけ医を選ぶ基準が難しい。かかりつけ医の選び方を教えてほしい。(8/9)
- かかりつけ医の推進のためには、最新の医療情報をもっていたり、生涯学習を行っているなど、かかりつけ医機能をもっていることを、国民が選ぶ際に見て分かるような指標で示す必要がある。(8/9)
- 医療機関の情報は地域の医師会がホームページに出しているが、それを見ても、自分がどこへ行けばよいか分からないという声もある。患者と医師の関係は相性もあるので、健康診断、予防接種等の様々な機会を利用して、相性のよい医師を見つけていただくことが現実的な対応かと思う。(8/9)
- かかりつけ医の生涯教育システムを日本医師会が作って、かかりつけ医はずっと勉強しようとやっており、患者に知られるようにやっていく。(8/9)
- 総合的・全人的医療を提供する主治医機能を強化する方向だが、かかりつけ医や総合診療医など、各団体で違いがあり、国民が分かりにくい状況。主治医機能の内容をもっと明確に

する必要。診療、検査、投薬の重複等、外来の効率化を進める必要。(8/9)

○ かかりつけ医は、いつでも相談にのってもらい、携帯電話にでももらうことも大事な要素だと思ふ。(8/9)

○ 自分で責任もって24時間対応する医師はそれでよいと思うが、個人で24時間拘束されることをルールにすると厳しいので、地域のシステムの中で連携して対応することになる。(8/9)

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。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)

○ かかりつけ医は日常の診療もしていて、在宅医療も行うことが可能なのか。在宅介護・在宅看護も重要である。将来的に在宅医療の専門医という制度はできないか。(8/9)

○ 地域ごとに実情は違うので、それぞれの地域で実態を把握して、在宅医療の提供体制、ニーズなどのデータに基づいて議論する必要。地域ごとに対応するという方向性が重要。(8/9)

- 在宅医療は連携やネットワークが重要。診療報酬で手当てすることも大事だが、それだけでは連携は進まない。医師会、病院団体、歯科医師会、薬剤師会、看護協会等、様々な地域状況を分かっている人たちが地域の行政とともに集まって連携できるよう、診療報酬でない形も検討する必要。(8/9)
- 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)
- 訪問看護師の確保が重要であり、総合的な訪問看護師の確保対策を講じる必要。(8/9)
- 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ない。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)
- 訪問歯科診療もやっているが、地域での連携が薄く、かかりつけ医や訪問看護からの情報がうまくリンクすることが大事。(8/9)
- 在宅医療ではほとんどの対象者が薬を使うため、状況に応じて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ことが必要。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。現在、薬局の在宅医療の推進に向けて、取組を進めているが、地域の薬局・薬剤師が必ずしも十分に活用されていない状況にある。薬剤師が在宅で適切な医薬品供給と管理ができるよう、検討する必要。(8/2)

5. ネットワークについて

- 地域包括ケアシステムが在宅医療の項目に入っているのは違和感がある。関係するのは在宅医療だけではないので、全体のネットワークの項目に、地域包括ケアシステムを書かれていないとおかしい。(8/9)
- 連携では、患者が必ず移動するものではなく、在宅や介護施設内でいろいろなサービスを

受けることもある。「移動先の紹介・確保」ではなく、「連携先の紹介・確保」「連携先との情報共有」と書くべき。介護は同一時点で様々な機能を受けるので、「病院から在宅への円滑な移行、医療と介護の切れ目のない連携」と書くべき。(8/9)

6. 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)
- 認知症対策や難病対策、精神科に検討も行う必要。(8/9)
- 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)
- 医療情報のICT化について、最終的な取りまとめの中では議論すべき。(8/9)
- 保険者も極めて厳しい財政状況にあり、効率化・重点化は必須。効率化の項目を立てて、入院時食事療養費のあり方、ジェネリック医薬品の使用促進、医師、診療科の偏在是正や高額医療機器の適正配置等を盛り込むべき。(8/9)
- 医療の効率化の推進ということで、後発医薬品の推進、レセプトの電子化等は引き続き推進すべき。(8/9)
- 患者の視点も重要視されており、明細書の発行が医療の透明化、医療費の透明化、結果的に良質・安心な医療につながると思うので、盛り込んでもらいたい。(8/9)
- 適切な医療の受け方に関して、責任をもって情報発信や教育するポジションをはっきりする必要。(8/9)