

社会保障審議会医療部会 各委員の発言要旨

1 「視点」、「方向性」への一般的な意見

- ・ 前回改定で示した2つの重点課題と4つの視点については踏襲すべき。勤務医や看護師などの医療従事者の処遇改善や医療従事者の人材確保についても今回も重点課題とすべき。(9/22 小島委員)
- ・ 前回改定の4つの視点については、到達目標であり、踏襲すべき。また効率化の部分では後発医薬品の利用促進が挙げられているが、バイオシミラーについても後発品の使用促進とともに触れるのか。(9/22 高智委員)
- ・ 基本的な4つの視点は維持すれば良いが、今回は同時改定なので、介護との関係が重要。「地域包括ケアの実現」を目指してどのような形で今回の改定をやるのか明示的に示すべき。(9/22 尾形委員)

2 介護報酬との同時改定に関して

- ・ 医療、介護の連携の視点に基づき、在宅医療の強化や介護との連携、いままでの議論にもあった地域包括ケアシステムの確立を図るためにも、6年に1回の同時改定による医療、介護の改革は必須。(7/20 高智委員)
- ・ 診療報酬・介護報酬の全面同時改定については見送りを求めるが、不合理な介護報酬に加えて、介護保険料の決定のために必要なことは行うべき。(7/20 中川委員)
- ・ 次回は介護と医療の同時改定であり、中医協と介護給付費分科会と合同会議をしたらどうか。(7/20 邊見委員)
- ・ 医療・介護の連携強化をするべき。具体的には在宅医療や訪問看護の評価・連携が重要。精神疾患患者、身体的な救急を要する患者、合併症の患者を受け入れられるような連携も極めて重要。(9/22 小島委員)
- ・ 医療と介護の連携は、地域における包括ケアシステムの構築にも資する。また、社会的入院を是正していくためにも医療・介護連携をすすめるべき。(9/22 小島委員)
- ・ 在宅医療の連携にあたっては、既存の医療資源の有効活用という視点があってもいいのではないか。(10/27 小島委員代理 (花井参考人))
- ・ 「看取りに至るまでの医療の適切な評価」「早期の在宅療養への移行、地域生活への復帰に向けた取組の評価」「退院直後等の医療ニーズの高い者への重点化等の訪問看護の充実」について賛同。(10/27 斎藤 (訓) 委員)
- ・ 退院直後については、十分な期間、医療保険から訪問看護を行えるようにすることが有効(11/17 斎藤 (訓) 委員)

3 「社会保障と税の一体改革」に関して

- ・ 社会保障と税の一体改革に関しては、消費税が決まらないと、今後の見通しが立たず、今後どのように考えていったらいいか難しい。(7/20 日野委員)
- ・ 社会保障・税一体改革の成案は与党内の反対意見も根強く、閣議決定ではなく閣議報告とされ、閣議の取扱いの中では一番低いレベル。成案をまとめる段階でどのような議論が行われたのかも全く不透明。今の政権は審議会、検討会でやっている議論を頭越しに閣議に持ってきて政治主導で決めてしまう。これを事務方が基本方針の中に反映させるというのは非常に問題が多い。(7/20 中川委員)
- ・ 以前、事務局からは、社会保障・税一体改革の成案は閣議報告であり、基本方針改定の具体的な議論は医療部会や医療保険部会で行うとの回答があった。しかし、「一体改革成案に沿って」など、「一体改革」の文字が頻繁に出てくる。一体改革の診療報酬項目がどこで議論されたかが全く見えて来ず、不信感がある。(10/27 中川委員)
- ・ 税も社会保障もトータルで考えるべき。まずは実情を掴むことが必要で、財源と課題を両睨みで扱っていくことが必要。(7/20 光山委員)
- ・ 社会保障と税の一体改革において、将来の在り方が示されているので、今回の改定をどう位置付けていくのか。あるべき姿を目指して、少なくとも今回はここまでやるという議論が必要。(9/22 尾形委員)
- ・ 一体改革では「急性期病院の平均在院日数を 9 日にする」とあるが、インフラ整備もないまま進められると、地域の急性期病院は皆つぶれてしまうということを理解すべき。(10/27 大西委員)

4 震災・改定の延期議論について

- ・ 東日本大震災といった混乱期において、同時全面改定を行うべきでない。医療経済実態調査も震災を反映していない。ただし、当初の目的と実態が乖離している不合理な部分については、早急に是正すべき。また、過去に期中で改定が行われた例もある。(7/20 中川委員)
- ・ 診療報酬改定については、誠意を持って取り組むという姿勢は必要。あらかじめ診療報酬の全面改定をやらないという結論ありきではなく、実情を掴むべき。震災があったから思考停止してしまうということがあってはならない。(7/20 光山委員)
- ・ 本部会においても、医療保険部会、中医協と足並を揃え、平成 24 年度改定の審議スケジュールに沿った検討を行うことが極めて肝要であり、私どもの責務。平成 24 年度の診療報酬改定は延期すべきではない。中医協の議論に先行する形で基本方針を取りまとめる必要がある。(7/20 高智委員)
- ・ 粛々と改定に向かって議論を進めて良いと思うが、大震災で影響を受けているところには十分な配慮が必要。単に点数を変えるだけではなくて、今度の震災のような緊急時にきちんとした医療提供体制が継続できるような診療報酬体系となるような基本方針とすべき。(7/20 西澤委員)

- ・ 診療報酬改定については、最初から全面改定を目指すのではないけれども、準備だけは粛々としておくということで、ほぼコンセンサスが得られたと思う。(7/20 斎藤部長)
- ・ 震災後に安定的な医療提供をしていく上で、診療報酬での対応についての検討があり得るのではないか。(7/20 小島委員 (伊藤参考人))
- ・ 医療法における人員配置標準を満たさないと診療報酬が大きく下げられるが、なぜ医療法の人員配置標準と診療報酬が連動しているのか理解できない。入院基本料の場合は医師数が3割標欠まで減算されないのに、精神療養病棟入院料等の特定入院料については少しでも満たさなくなると減額されてしまう。(7/20 山崎委員)
- ・ 被災地における看護師の不足対策は触れられているが、医師不足への対応も重要。特に福島では子育て中の女医、看護師という若い医療従事者が離れている。精神医療の場合は、一名欠けただけでも特別入院料に落ちてしまう。放射能問題が解決するまで標欠を認めるべき。特に社会医療法人は医療法の基準が前提となっており、医師の退職により取り消しされてしまう。(9/22 山崎委員)
- ・ 大震災への対応に集中すべきで、全面改定は行うべきではない。ただし、必要な見直しは行うべき。被災地において医療機関は復興に尽力している。被災地では医療従事者の大移動が起きており、改定では人員配置基準に関わることは、要件緩和を除いて変更すべきではない。(9/22, 10/27 中川委員)
- ・ 災害が一過して慢性期医療に近い機能が必要となっているので、どう手当するか検討すべき。災害拠点病院は、国公立に独占されているが、民間病院も参加できるようにすべき。(9/22 日野委員)
- ・ インフラの整備は公費、通常の経常的なコストは診療報酬と役割分担をはっきりすべき。地域によって、重点的に何かを措置しなければならないものについては診療報酬と切り離してやるべき。被災地の人員不足は診療報酬で収斂できるものではない。(9/22 光山委員)

5 患者からみた視点

- ・ 患者から見て分かりやすい診療報酬という観点から明細書の定着を図るべき。負担も意識していくということが患者にとっても重要。(9/22 小島委員)
- ・ 患者から見て分かりやすいという視点が大事。「高度急性期」、「亜急性期」と言われても患者には分からない。また、地域には高度医療も亜急性期医療もない。機能分化は昭和60年くらいから言われているが、曖昧なままであり、診療報酬との関係はよく考えなければならない。(9/22 相澤委員)
- ・ 効果的な医療資源の利用のためには、患者の「協力」が必要とあるが、「協力」は外部者がすること。本来、国民は医療の主人公なので、「協力」ではない。(10/27 田中委員)

- ・ 「診療報酬点数表における用語の平易化」とあるが、診療報酬体系の平易化も加えてほしい。(10/27 高智委員)

6 医療の効率化の視点

- ・ 皆保険の中で医療資源を適正に配分して有効に活用していくという観点は、持たざるを得ない。医療機関の開設に対する一定のルールというのは診療所についてもあり得る議論だと考えている。(7/20小島委員(伊藤参考人))
- ・ 効率化の部分では、薬の関連ばかり記載されているが、単に薬価を下げるのではなく、国で改定財源を確保すべき。薬価だけ下げて財源とする改定方式は辞めて欲しい。(9/22山本委員)
- ・ 前回の改定で取り組んだ後発医薬品や検査の見直しについては引き続き行うべき。電子レセプトの促進や高額医療機器の共同利用を促進する報酬とすべき。(9/22小島委員)
- ・ コンビニ受診、はしご受診の抑制等、被保険者への周知に努めていきたい。また、「医療機器、検査等の適正な評価」とあるが、医療機器はもう少し効率化が図れるのではないか。(10/27 高智委員)
- ・ 「後発医薬品の使用促進策」については、さらに具体的な説明を加えるべき。(高智委員 11/17)
- ・ あまり、後発品に対し厳しくしすぎてはいけない。(山本委員 11/17)

7 歯科関連

- ・ 口腔ケアが非常に大事。色々な病気が予防できるし、今一番やらなくてはならないことだと思う。いくつかの自治体が口腔ケアに対して力を入れているので、良い点数を付けるべき。(7/20 水田委員)
- ・ 在宅歯科診療の推進を含めた在宅医療の推進の在り方について議論すべき(7/20 近藤委員)
- ・ 「チーム医療」、「慢性期」といった観点を入れるべき。また、医療連携が大事であり、在宅医療と記載されているところには、在宅歯科医療とも記載すべき。(9/22 近藤委員)
- ・ 「生活の質に配慮した歯科医療の推進」との文言が入っていることを評価したい(11/17 水田委員)

8 薬剤師・薬局関連

- ・ 薬剤師や薬局は、医療機関「等」と記載されることが多いが、薬剤師や薬局と記載すべき。(9/22 山本委員)
- ・ ジェネリックのシェアを国際比較する場合には、諸外国の定義が異なるので、注

意が必要（9/22 山本委員）

- ・ 訪問薬剤管理指導を届け出る薬局、実施している薬局等もきちんと調査して、計画的に整備して薬局薬剤師の位置付けをきちんとすべき。（7/20 山本委員（森参考人））
- ・ 「医薬品、医療材料等におけるイノベーションの適切な評価」と「医薬品、医療機器、検査等の適正な評価」とあるが、「適切」と「適正」の違いは、一般の方には分かりにくいのではないか。（10/27 山本委員）

9 医療従事者の確保・処遇

- ・ 勤務医の勤務状況や労働環境は想像を絶する状況であるし、健康を害している医師も多い。（7/20 横倉委員）
- ・ 22年改定の答申書の申し送り事項や訪問看護の充実、勤務医や看護師といった医療人材の負担軽減について、この場で議論をしていくべき。（7/20 小島委員（伊藤参考人））
- ・ 「医療従事者の負担軽減」は前回の改定の際もあったが、救急・産科・小児科・外科の従事者の負担は必ずしも軽減されていない。従事者が増えていない。（10/27 邊見委員）
- ・ 働いている医師、看護師の問題は、人材不足が根本にある。負担軽減はすべきだが、診療報酬だけではなく、地域医療支援センターなど診療報酬以外での対応も必要。（10/27 高智委員）
- ・ 医師・看護師を含む「医療従事者の負担軽減」が重点的に取り組む課題に位置付けられている点に賛同（10/27 斎藤（訓）委員）
- ・ 医療従事者の負担軽減は道半ばであるので、引き続き進めていただきたい。（11/17 斎藤（訓）委員）
- ・ 「医療従事者の負担軽減」については、従事者の需給バランスも考えることが必要（11/17 横倉委員）
- ・ 内科はまさに救急医療なので、救急医療の充実に部分に「内科」と明記すべき。（11/17 永井委員）

10 診療所の役割について

- ・ 有床診療所については、プライマリケア実践において、外来医療及び在宅医療を補完するための病床としての位置付けを明確にするとともに、小規模施設として相応しい独自の診療報酬体系を作りたい。有床診療所は介護と医療の橋渡し役としての位置付けを考えるべき。（7/20 横倉委員）
- ・ 有床診療所、無床診療所には、2つのタイプがあるのではないかと。非常に地域に密着しているところと、ある分野だけに特化して経営効率を高めているところがあるのではないかと。それが同じ中に詰め込まれているが、もう一度整理をして違う評価

の仕方をすべき。(7/20 相澤委員)

- ・ 急性期の受け皿機能を持ったような診療所と、介護でいう地域包括ケアシステムの一員となるような診療所は、やはり機能が違うと思う。(7/20 部会長代理)
- ・ 診療所や病院の外来で日常生活の療養指導を確実にやっていく機能が必要だ。生活習慣病を悪化させない取組として重要。(7/20 齋藤(訓)委員)
- ・ 外来できちんと患者の健康管理をするときには、かかりつけ医に対する登録制を考えるべきではないか。(7/20 水田委員)
- ・ 専門医たる総合診療医の育成を図るべき。ドイツでは、専門一般医と呼ばれ、国民から信頼されている。診療、治療のみならず、患者に寄り添い、患者の日常生活面を医学的な知見に即して支える役割を担う医療職の制度化をすべき。そのためには文科省との連携も図るべき。(9/22 高智委員)
- ・ かかりつけ医を持つことは大切だが、それを如何に制度化するかのところにいくつかの問題がある。登録制かかりつけ医については色々な問題がある。かかりつけ医というのは、患者が自ら選ぶというのを残しておかないといけない。(7/20, 9/22 横倉委員)

11 その他

- ・ 日本医師会は前回の診療報酬改定に本当に失望している。医療界を挙げて、民主党政権に期待したが、結果は非常に不満足。(7/20 中川委員)
- ・ 特定機能病院、特に大学病院は運営費交付金又は私学助成金が削減されているが、適切な運営費交付金、私学助成金とすべき。(7/20 中川委員)
- ・ 医療機関はそれぞれの地域で果たしている、個々、個別の機能に応じて評価されることが、利用者である患者にとって分かりやすいのではないか。(7/20 高智委員)
- ・ 診療報酬と医療計画がある程度連動性・相互連携をもっていくという方向で検討すべき。(7/20、9/22 光山委員)
- ・ 前回改定の検証にもっと力を入れるべき。(7/20 海辺委員)
- ・ 昭和23年に40対1となったときから医療が高度化しているし、医療安全についても厳しい目がある。外来での説明時間も長くなっているし、人員配置を見直したら返ってより医師配置が必要となるのではないか。(7/20 齋藤部会長)
- ・ 現在は人員の配置で医療の質ということにしているが、本当の意味での医療の質を図ることが難しいから、こういう形式的基準にして諦めてしまっている。(7/20 樋口委員)
- ・ 基本方針の議論であるから大局的な見方をすべき。改定財源が潤沢にあるとき、そこそこあるとき、大震災や原発の問題があったときなどの場合において、基本方針の策定に当たってはどのように考えればいいのか。改定率が決まったあとに優先度を定めることには賛成だが、中医協の議論を先行させ、中医協で合意した事項を積み上

げて、結果的に非常に重要な部分を最後に後回しにして、財源がなくなるからさらに大切な事項を先送りするというものがないように。(9/22 中川委員)

- ・ 前回重点課題とした分野の検証を十分にすべき。実際に医療提供体制の充実に繋がったのか。(9/22 光山委員)
- ・ 小児の在宅医療を推進すべきであり、小児に対する訪問看護を実施している診療所や訪問看護ステーション等の評価の充実、小児の在宅医療への参入のインセンティブを付与することが重要。(9/22 加藤委員)
- ・ 診療報酬改定の基本方針の(方向の例)で「身体疾患を合併する精神疾患救急患者への対応等急性期の精神疾患に対する医療の適切な評価」とあるが、そもそも一般救急と異なり、身体合併症に対応できる精神科3次救急はほとんどの都道府県にない現状で、どのように評価するのか。(9/22 山崎委員)
- ・ 15対1の一般病棟入院基本料は前回の改定で唯一点数が引き下げられたが、13対1や15対1が救急患者の受け入れを多く行っているのが実情であり、適切に評価すべき。(9/22 邊見委員)
- ・ 介護との関係、リハビリ、それらを含めたチーム医療が重要(9/22 水田委員)
- ・ チーム医療は他の会議で議論中で、被災地を中心に医療従事者が移動しているときなので、新たにチーム医療の評価をすべきではない。(9/22 中川委員)
- ・ 高齢者が増えていくなかで、在宅医療も重要だが、そのキーを握っているのは急性期病院から退院する際の連携、退院支援。そこには看護師が非常に関わってくるので、その退院調整、退院の支援、退院後の連携に十分な手当てをする必要。(9/22 相澤委員)
- ・ 医療技術の評価、特に内科医の評価を上げて欲しい(9/22 相澤委員)
- ・ 外来診療の役割分担とあるが、とりわけ都市部の大学病院の外来機能を見直すべきではないか。(10/27 高智委員)
- ・ 認知症の場合、周りの家族がおかしいと思いながら暮らしていくうちに進行してしまっている。そういう不安を相談できる体制づくりも盛り込んでほしい。(10/27 (小島委員(花井参考人))
- ・ 「医療機能の分化と連携を通じて、質が高く効率的な医療を実現する視点」について、地域において継続的に療養相談や療養指導を受け、疾病の重症化・悪化予防を図る視点が必要(10/27 斎藤(訓)委員)
- ・ 地域における医療計画と連携しながら、在宅介護・在宅医療を進めるべき。(11/17 大西委員)

社会保障審議会医療保険部会 各委員の発言要旨

1 改定率・改定時期について

- ・ 賃金、物価ともに低水準で推移しており、更には電力供給の制約や円高の傾向の継続などを背景に、国内での事業活動を継続することすら危ぶまれる状況にある。加えて、震災復興のための巨額な費用も必要である。一方で、社会保障・税一体改革成案においても消費税引き上げの時期もあいまい。財源調達のめどが立たない中、診療報酬を引き上げるような状況にはない。ただ、具体的にはこれから各論でいろいろ議論していきたい。(7/21 斎藤正憲委員)
- ・ 次の同時改定は、新たな医療制度あるいは介護保険制度をつくっていく上で非常に重要なタイミングである。改定に向けた影響調査なども行っており、それらを踏まえてきちんとした、しっかりした議論を先送りせずに行う必要がある。(7/21 逢見委員)
- ・ 中医協意見書では、地域特性を踏まえた診療報酬の在り方の検討も課題として上げられており、地域特性ということ考えると今回の震災における被災地での医療提供体制の再構築と、その中で診療報酬をどう位置づけていくかということも重要な課題。そういう視点も踏まえて診療報酬、介護報酬の同時改定に向けた準備を進めるべき。(7/21 逢見委員)
- ・ 事業所は中小が多く、給与も減少しており、保険料を上げることはできない。医療と介護の連携の視点、QOLを高める視点、医療サービスの評価、効率化という視点も重要。ただし、効率化の項目を増やすべき。また、基本方針には、国民、患者目線に立ってどのような影響があるのか分かりやすく伝える内容にすべき。(9/16 小林委員)
- ・ 特に協会けんぽは財政が厳しい。改定率は引き下げるべき。(11/24 小林委員)
- ・ 改定については現状維持というかたちとってもらい、新たな財源の確保ができてから機能強化を行うべき。(11/24 山下委員)
- ・ 社会保障・税一体改革にとらわれずに基本方針を決めるべき。東日本大震災の影響もあるため、今回の改定では、施設基準等を要件づける新たな診療報酬の設定を行うべきではない。(11/9 鈴木委員)
- ・ 医療経済実態調査では改善したとっているが、中小病院や診療所は非常に厳しい状況。救急のあり方、地域の有床診等の視点を強調してほしい。
- ・ 2025年のあるべき医療の姿を提示してほしい。また、健診率も高めていくべきである。(11/24 横尾委員)

2 介護報酬との同時改定、在宅医療に関して

- ・ 介護と医療のシームレスな連携が必要。例えば、高齢者の介護付きアパートに入居している患者が一旦肺炎を起こし入院すると、アパートを撤去することになる。病気が治っても、別の施設を探さなければならない。シームレスというが、実際には1度

病気になると、分断されてしまう。そこをうまく繋ぐ形のシステムが必要。(7/21 高原委員)

- ・ 前は急性期に手厚い配分だったが、今回は介護の地域包括ケアに対応した医療の部分を盛り込む必要がある。超高齢社会に向けて、亜急性期、慢性期、在宅医療をどう充実させるか、それを介護とどう関連させるかが大きなテーマ。また、全て在宅医療というのではなく、地域の中小病院、診療所など既存の資源を活用すべき。(9/16 鈴木委員)
- ・ 医療と介護の連携が大事。診療報酬に反映するには具体的にどのような連携が必要かこの部会としても議論すべき。特に高齢期の認知症の問題は、在宅ケアを推進していくためにもしっかりサポートすべき課題。(9/16 逢見委員)
- ・ 健康管理、医療、介護をトータルで考えるべき (9/16 横尾委員)
- ・ リハビリについては介護保険で対応すべきところを医療保険からズルズルと給付することのないようにすべき。(10/26 斎藤正憲委員)
- ・ 早期の在宅への移行が必要。在宅では、常に良い状態にあるわけではないので、在宅療養の維持を支えるのが看護職。そのためにも訪問看護ステーションを充実させるべき (10/26 紙屋委員)
- ・ 在宅支援診療所については、皆でネットワークを組んだ取組を評価すべき (10/21 高原委員)
- ・ 施設から在宅への大きな流れには賛成だが、スタッフの認識はあるのか。高齢者の単身世帯が増えるなかで、一人暮らしの高齢者が退院をしたときなどを念頭に置いて考えるべき。(10/21 樋口委員)
- ・ 在宅医療では、身近な老人クラブにおける情報交換も大事。民生委員も活躍しているが、担当する住民の数が多すぎ、個人情報取り扱いの問題もある。近隣における支え合いが重要。(10/21 川尻委員)
- ・ 診療報酬と介護報酬の同時改定なので、医療と介護の連携という観点での対応が重要である。とりわけ在宅医療、訪問看護が重要。(11/9 菅家委員)
- ・ 効率性が社会保障・税一体改革の中で求められているが、長期的に在宅で療養を支える体制が重要。生活習慣病等の慢性期の患者の重度化を食い止めるのが大事。病院に逆戻りさせないためにも、地域の中で療養相談や療養指導が受けられる体制が重要である。(11/9 斉藤訓子委員)
- ・ 精神科病棟に認知症患者が増えてきている。精神科での治療が適切な場合もあるが、介護のほうでは認知症を日常的な生活の中で介護していくというノウハウがある。認知症は在院日数が長くなる。あくまでも生活という視点で処遇をしてもらいたい。ここまでは医療、ここまでは介護という役割分担よりも連携を。(11/9 樋口委員)
- ・ 有床診療所や中小病院を活用した日本型の在宅を進める必要がある。(11/9 鈴木委員)
- ・ 退院直後の訪問看護については、医療保険で見ているが介護保険のケアプラン等の

柔軟性を高めることにより対応すべきであり、医療保険がカバーする範囲を安易に拡大すべきではない。(11/9 斎藤正憲委員(藤原参考人))

- ・ 医療と介護をつなげているのが訪問看護。退院直後には、在宅に移るまでの間、療養の場のギャップがある。そこを整えるのが重要。そこを整えば介護でも長期的に在宅で支えることができる。退院直後は、一定程度訪問看護が入ることが望ましい。(11/9 斎藤訓子委員)

3 震災関連

- ・ 災害に備え、医療をめぐる色々なデータのバックアップの仕組みをもう一度再確認しておく必要がある。(7/21 岡崎委員)
- ・ 被災地の医療の再建が大事。その中で公費と診療報酬の役割分担として、インフラに係る基盤整備や医療人材の確保は公費で、経常的な経費は診療報酬で対応すべき。(9/16 逢見委員)
- ・ 被災地において診療報酬でできることは非常に限られており、補助金の役目である。日々の医療サービスとして患者から見えにくいものは診療報酬の役割としては不向き。資本コストを診療報酬でみているということ自体も問題点があるということまでつながってくる。(9/16 岩本委員)
- ・ 被災地には患者が戻ってきていない。診療報酬の加算という話もあったが、四月まで待つことなく補助金や補償で速やかに対応すべき。(9/16 鈴木委員)
- ・ 「社会保障と税の一体改革」の中で共通番号制度の議論が進もうとしている。被災地でも有用であり、このような検討が目の前にあるということ想定して検討すべき。(9/16 横尾委員)
- ・ 震災対策については、本来は補助金の役割なので、診療報酬で対応することには違和感があり、非常に疑問。(10/26 斎藤正憲委員)
- ・ 東日本大震災の対応は診療報酬ではなく、税や補助金で行うべき。これは改定の視点に盛り込むべきではない。(11/9 斎藤正憲委員(藤原参考人))

4 患者からみた視点

- ・ 「患者からみて分かりやすい」というのが明細書の発行なのか違和感がある。明細書を発行するなという趣旨ではない。診療報酬が複雑すぎて患者は読んでも分からない。報酬体系を分かりやすくするのが基本。(9/16 高原委員)
- ・ 明細書が原則無償発行になったことを高く評価。患者が当事者意識を持つということが重要で、まだ発行が義務化されていない医療機関については着実に実行していくべき。明細書の発行を更に定着していく必要がある。明細書は、肝炎や薬害エイズの問題があったときに過去に自分がどのような治療を受けたのか知ることができる。(9/16 逢見委員)

- ・ 「患者からみて分かりやすい」という観点からは、患者がどこに行って誰に相談すれば良いかということが大事。医療ソーシャルワーカーが医療と介護を繋ぐ上で重要。(9/16 横尾委員)
- ・ 明細書の発行については、次回からは必要ないという人も多い。実際の医療行為と明細書の中身が合っていないので、患者に理解していただくには工夫が必要 (9/16 堀委員)
- ・ 看護職が退院支援室に確保できないことがあるので、保健師も活用すべき。(10/21 大谷委員 (児玉参考人))
- ・ 患者の視点に立ったとき、急性期から慢性期、在宅へ戻れと言われても、見捨てられたという感覚を持ったりトラブルが起きたりする。患者に理解してもらうためにも、退院支援等について中医協で決め細かく議論してほしい。(11/24 和田委員)
- ・ 退院時、転院時に、見捨てられたという感覚があるというが、情緒的なことではなく、急性期から回復期、慢性期に移行するための手法が必要。特に外来については、患者の側に大病院思考が強く、外来を受診しておかないとその病院に入院できないと知っている場合がある。(11/24 竹久委員)

5 医療の効率化の視点

- ・ 四つの視点は総論的で異論はないが、「適正化する視点」に後発医薬品程度しか項目があがらないのが残念。システム化や番号制度を活用したネットワーク化を記載すべき (9/16 白川委員)
- ・ 医療費の伸びが避けられない中で、機能強化と同時に効率化にも取り組むことが必要。全体として保険料や患者負担が増えないようにして欲しい (9/16 山下委員)
- ・ レセプトの電子化については進捗状況を把握しながら的確なサポート体制をお願いしたい。IT化は医療費動向のチェックや医療費の抑制にも利用できる (9/16 逢見委員)
- ・ 医療の効率化の視点が重要。過去の改定の目的と達成度を十分に検証すべき。人口が減っていく中で、医療提供体制を診療報酬体系だけで対応するのは無理がある。都道府県の医療計画と診療報酬との連動・連携を考えるべき。(9/16 斎藤正寧委員 (藤原参考人))
- ・ 医療の機能強化は大事であるが、効率化も忘れないようにして、保険料が上がらないようにすべき。(10/21 山下委員)
- ・ 効率化として、平均在院日数の減少を評価する。90日越えの入院患者に対する評価の見直しはこの項目に含まれていると理解。(10/21 小林委員)
- ・ 特定除外に関するレセプトへの記載不備といった形式犯で重罪にすべきではない。(10/21 鈴木委員)

- ・ 急性期の中に慢性期の患者が入っているという不効率さが顕著になってきている。急性期医療は急性期の患者を見るために手厚い配置となっているのに、特定除外により慢性期の患者が入院しており、それにより失われる診療報酬の額は莫大。これを是正しなくてはならない。急性期医療での治療が終わって数日が急性期病院で、急性期病院に3か月も入院するのはおかしい。在宅を進めていく一方で、高度急性期でより高度な医療を提供することも必要である。(11/9 武久委員)
- ・ 保険財政は厳しい。企業や保険財政の状況等を考えて、医療機関の機能分化等による効率化・重点化を進めて、医療費の拡大は抑えてもらいたい。財源の範囲内でお願いたい。(11/9 山下委員)
- ・ 経済情勢等を鑑みて、診療報酬の引き上げは云々という話もあるが、これからの超高齢社会にむけてセーフティネットとしての社会保障の充実が必要。(11/9 鈴木委員)
- ・ 医療・介護サービスについても、経済現象なのでそこに働くべき原理については他の市場経済で何が起きているのかを参考にすべき。(11/9 岩本委員)

6 歯科関連

- ・ 前回改定では歯科医療の充実が謳われたが、実際には歯科技工加算しかなかった。昨日まで元気に生きて美味しいものを食べて死ぬという質の高さを求めていくことに歯科医療が果たす役割は大きい。次期改定では在宅医療推進、高齢者医療の充実の中で在宅歯科医療を推進すべき。(9/16 堀委員)
- ・ 生活の質に配慮した歯科医療について、どのような役割を果たしていけるのか、特に在宅や高齢者医療において歯科が果たせる役割を議論していきたい。(11/9 堀委員)

7 薬剤師・薬局関連

- ・ DPCに含まれている薬剤費はカウントされないので、DPCでの薬剤も含めた入院での薬剤費の上がり方を示していただきたい。(7/21、9/16 高原委員)
- ・ 後発品の薬価は安いですが、実際には加算があつて、患者負担・保険者負担はあまり変わらないのではないかと。いくつか例を挙げて実際に加算まで入れた医療費の軽減がどの程度なのか示していただきたい。本当は先発品を10年経ったら安くするのが一番良いのではないかと。(7/21、9/16 高原委員)
- ・ 社会保障と税の一体改革における「市販医薬品の価格水準も考慮」との提案があるが、日本のように定率負担があつて、そこにまたこのような負担をパッチワーク的な発想で行うのは非常に問題。(7/21 安部委員)
- ・ 後発医薬品の促進も、患者から見た分かりやすさが大事。後発医薬品の価格や品質を国民にしっかり説明していくことが必要。ジェネリックの使用割合を各国で比較する際には、その分母も考えることが必要。(9/16 安部委員)

- ・ 在宅医療における薬剤師の役割も重要。(10/21 安部委員)

8 医療従事者の確保・処遇

- ・ 看護労働者の処遇が大事。医師不足も重要課題だが、看護師等の医療従事者の確保も重要。在宅の看取り、長期の在宅療養に対する体制整備を図っていくためには看護人材は不可欠。離職に歯止めをかけるため、労働時間や仕事と生活の両立支援等、処遇に対する配慮が必要。(9/16 逢見委員)
- ・ 全国の2分の1が過疎地域になっているなかで、地域医療は大きな問題。医師確保、医療スタッフへの配慮を記載して欲しい。(9/16 横尾委員)
- ・ 安全・安心な医療は、人が確保するものであり、医療を支える医師を含めた看護職員等医療従事者を確保する観点を入れるべき。(9/16 紙屋委員)
- ・ 救急、産科、小児、外科等の確保は、診療報酬だけでは不十分。他の施策による対応も必要(10/21 斎藤正憲委員)
- ・ 看護師はレセプトの打ち込み業務に追われ、医師も患者よりカルテに向かう時間が多かたりとする。そのような場合にクラークを採用し、医師・看護師をデスクワークから解放し、専門職は専門職でないとできない業務に集中させるべき(10/21 紙屋委員)
- ・ 医療従事者の負担軽減については、同じような書類の整理が必要。(10/21 高原委員)
- ・ 医師も看護師も勤務状況が厳しく事故が起こらないのが不思議な程である。勤務態勢は、マンパワー不足であるという認識をもって取り組むべき。(10/21 紙屋委員)
- ・ 前回改定で勤務医の負担軽減がまとめられたがまだ道半ばである。医療従事者の負担軽減についてもぜひ取り組んでいただきたい。また、労働法令における休日を適切に勘案した評価にしてほしい。(11/9、11/24 斎藤訓子委員)
- ・ 勤務医の負担軽減については、診療報酬のみで対応するものではない。基本的考え方、診療報酬以外の対応を同時に進めるという認識も盛り込むべき。(11/9 斎藤正憲委員(藤原参考人))
- ・ 医療従事者の負担軽減については、前回にも措置を講じたが、あまり効果が出ていない。診療報酬では限界があり、計画的に不足している診療科の医師を増やしていくよう対応していただきたい。(11/24 白川委員)

9 終末期医療

- ・ 年齢に着目した点数の設定には反対。年齢に関わらず終末期医療の在り方、治療の在り方について検討し、その成果をできるだけ早く広く国民、特に高齢者に示すべき。患者学や第2の義務教育のようなものも必要。人生100年時代を生きる情報を的確に情報提供し、患者として、利用者としての資質を上げていくべき。(9/16 樋口委員)

- ・ 在宅で末期患者を診ることがあるが、在宅では十分な治療ができないこともある。ガンの場合は耐えられるが、慢性期、特に認知症では家族が耐えきれない場合がある。終末期医療についてもう一度議論する必要がある。(9/16 高原委員)
- ・ 終末期医療のあり方や看取りについて考えるとクリニックも地域における存在は大きい。(9/16 横尾委員)
- ・ 看取りの取り組みが進むような体制を提案してもらいたい。(11/9 齊藤訓子委員)

10 その他

- ・ ガンの検診率を上げるべき。事前にケアができれば、医療費の適正化にも国民の安心にも繋がる。(9/16 横尾委員)
- ・ 「社会保障と税の一体改革」では番号制度が実現の方向である。診療報酬制度でも番号制度を利用すべき(9/16 横尾委員)
- ・ 日本の早期ガン発見率が高いのは、診療所の質が高いからであり、超高齢社会では気軽に身近なところで診断も検査も治療も受けられる日本型のミニ健康センター的な診療所が見直されるべき。(9/16 鈴木委員)
- ・ 急性期、慢性期を念頭に置いている部分については、亜急性期の視点も必要(10/26 鈴木委員)
- ・ 急性期、亜急性期、慢性期の定義がはっきりしていない。回復期と亜急性期はイコールなのか。(11/24 竹久委員)
- ・ 救急入院について、搬送するときには急性期か亜急性期か分からない。うまく搬送する仕組みが必要。(11/24 竹久委員)
- ・ 地域の産科、小児科を守るために、母親がもり立てている地域もある。そのような取組をリソースとして取り込めないか。診療報酬だと工夫がいるだろうが、患者と病院とのつなぎ目として期待。また、患者の意識改革も必要。(10/21 和田委員)
- ・ 自殺者数は、10年続けて3万人を超えている。医療だけの話ではないが、医療も大事。22年改定で認知行動療法が評価されたが、今回も自殺対策を盛り込んで欲しい。(10/21 柴田委員)
- ・ 医療の提供が困難な地域に対する対応として、医療資源の少ない医療機関の診療報酬をかき上げするという手法ではなく、補助金で措置すべき事項である。(11/24 斎藤正憲委員)