

中央社会保険医療協議会総会(公聴会)の概要

平成26年度診療報酬改定に当たり、医療の現場や患者等国民の声を反映させるため、中医協委員が国民の声を聴く機会を設定することを目的として公聴会を開催した。

1. 開催日時

平成26年1月24日(金)13時00分～15時00分

2. 開催場所

宮城県仙台市 東京エレクトロンホール宮城(宮城県民会館) 大ホール

3. 参加者

約320名(うち、意見発表者10名)

(※参考:平成24年度 約460名、平成22年度 約200名)

4. 意見発表の主な内容

意見発表者①(男性・企業経営者)

- 報道等では景気回復が叫ばれているが、中小企業の経営、従業員の生活は依然として厳しい。一方、医療、年金、介護等の社会保険の負担は急増しており、中小企業の経営は先行きの見通せない不安感の中で、圧迫されている。
- 診療報酬について、政府はプラス改定という判断をしたが、被保険者が納得できるような方策を講じて、医療費を抑えていただきたい。効率化の余地がある分野を適正化する視点から、意見を申し上げる。
- 病院の機能・役割の分担について、財源に限りがあり、効率的かつ効果的な配分が重要。我が国は最も手厚い看護配置の病院が多すぎると言えるかと思う。高度急性期から急性期、慢性期における病床のアンバランスを是正しながら、地域ごとに、病床数のコントロールが必要である。受け皿病床、いわゆる亜急性期の病床が急減し、逆に急性期病床が増加している現状では、看護師不足など、高コスト体質の要因にもなっている。加えて、患者の状態に応じた看護マンパワーの適正配置を実現してほしい。
- 一般病床における長期入院の是正による入院期間の短縮、社会的入院の解消、外来受診の適正化、ジェネリック医薬品の利用促進等が重要。
- 特に後発医薬品のある先発医薬品、すなわちブランド薬品について、なかなかジェネリック医薬品の利用促進が進んでいないため、ブランド薬品の薬価の引下げなども考慮いただきたい。
- 外来医療について、機能分化・連携の考え方は非常に重要。何かあったときに、主治医が専門医療機関と連携しながら、入院から在宅までの切れ目ない医療ができるような包括ケアシステムを実現していただきたい。
- 医療費を抑える方策を講じ、保険料負担者が納得できるような効率的かつ効果的な体制を構築していただきたい。

意見発表者②(男性・医師(有床診療所院長))

- 当院は、東日本大震災で大規模半壊の被災を受けた有床診療所である。被災時は入院患者もおり、同時に、被災された近隣の約30名の避難者を診療所建物内に受け入れた。
- 被災1週間後に、仮復旧ながら、外来診療を当院のスタッフ、被災した調剤薬局のスタッフとともに再開した。全壊状態であったにもかかわらず、入院を継続し、被災後1週間で外来、在宅診療を再開できたのは、当院が有床診療所であったからこそできたことと感じている。

- それには、以下の3つの理由が挙げられる。1点目には、平時より院内に医薬品、カテーテル、注射、注射針等の医療材料、処置器具、水、食料、毛布、シーツ等の生活必需品が在庫してあったこと。2点目は、被災しながら上層階の空き病室を診察室に一時転用し、外来診療機能の再開を果たしたこと。被災直後から、被災地での災害拠点診療所の役割を果たした。診療再開後は、有床診ならではの設備、スペースを利用しながら、出身医局のボランティアドクターも加わり、外来、在宅、入院診療を行い、院内外の災害復旧も、診療を途絶えることなく進めることができた。加えて、有床診として24時間当直対応体制をとっているため、被災地にも臨機応変に対応できたので、被災地の中で、患者、被災者に対し、希望をともし灯台のような役割を担うことができた。
- 被災地は、毎日が救急対応であり、診療所としては重装備の有床診であったからこそ、早期の診療再開と医療の継続提供ができた。有床診療所の体制に更なる評価をいただき、今後も地域医療の維持、災害に強い有床診療所として更なる災害対応能力の向上にも努めたい。

意見発表者③(男性・労働組合)

- 患者、被保険者の立場から、私たちが求める医療とそれを実現するための診療報酬改定の方向性に関して、意見を述べたい。住み慣れた住まいで必要な医療と介護を切れ目なく受けられ、尊厳をもって暮らせる社会であってほしいと、誰もが思うはず。私たちが求めるのは、2025年の地域包括ケアシステムの構築に向けた改革を着実に進めること。診療報酬改定について、4点意見を述べたい。
- 地域包括ケアシステムの構築を具体的に進めていくためには、医療機関の機能分化と、病院と診療所、医療と介護の連携強化が重要。一方、被保険者、患者にとって、保険料負担の増加も無視できない。特に、中小企業では、賃金が伸び悩む中、保険料を支払うことへの納得性を確保することが不可欠。また、より質の高い安心と信頼の医療を望んでおり、入院したらADLが低下した、褥瘡ができたなどということがないよう、一層、質の高い医療を充実していただくよう要望する。
- 2025年に向けて、約205万人の看護職員の確保が必要と推定。現在、看護職員の月平均夜勤時間の論点として、13対1、15対1、その他の入院基本料に、7対1、10対1と同じ特別入院基本料の創設が提起されている。看護職員の定着を図ろうとする流れに逆行するものであり、反対する。当面は72時間を維持し、将来的に月8回、64時間にすべき。看護職員の定着を進め、医療安全や質の高い医療を確保するためにも重要。
- 患者の視点から、医療の透明化を一層進めるため、全ての病院、診療所で例外なく明細書を無料発行するよう、期限を明確にして推進すべき。医療や医療費の内容を患者自身が知ることは、患者と医師の信頼関係を構築する上でのベースとなる。信頼関係がより強固になることは、より質の高い医療について医師、患者がともに考えるきっかけになる。昨年、不正請求事案が度々報道されたが、患者自身が明細書で医療の中身を確認することの必要性を再認識させるもの。ぜひとも、期限を区切って病院、診療所に例外なく義務化すべき。
- 消費税8%の引上げに伴う対応は、「医療機関等における消費税負担に関する分科会」の「議論の中間整理」に沿って行うべき。中医協総会に提起された初・再診料への3%を超える上乗せには反対。

意見発表者④(女性・看護師)

- 訪問看護の大規模化を進めるため、機能強化型訪問看護ステーションを診療報酬改定で評価するよう意見を述べる。
- 急性期病院の在院日数が短くなり、重症度の高い方、医療機器の必要な方も短期間で退院して在宅に戻る。在宅での看取りを希望する方も増えている。複数の病気を合わせ持って、薬の調整や、様々なサービスの組み合わせが必要な難しいケースも多い。こうした利用者の変化に対応するため、今後の訪問看護ステーションに求められる役割は、24時間365日の対応、看取りのケア、重症度の高い方の受入れであると思う。
- 24時間対応や看取り、重症度の高い利用者への対応をしっかりと担えるステーションを機能強化型として評価することにより、ステーションの大規模化を進めていただきたい。大規模なステーションがあれば

ば、これらのサービスを看護師の過重労働に頼らず、安定して提供できるだけでなく、地域の訪問看護体制の底上げにつながる効果も得られる。

- これから必要とされる訪問看護師の数を考えれば、即戦力の人材だけに頼ってはい間に合わない。訪問看護をやってみたいという未経験者を自分たちで育てる体制が必要。小規模なステーションでは、自前で教育、研修を行う余裕がないのが実情。大規模ステーションが、自分の職員の研修だけでなく、他の小規模ステーションで採用された看護師も集めて研修する体制ができれば、地域全体の訪問看護の量を増やし、サービスの質を高めていくことにもつながる。
- 在宅医療は、患者に関わる多職種の情報共有と相互理解があつてこそ、円滑に進めることができる。地域の医療職や介護職、ケアマネージャーとともに、研修会を定期的開催し、知識や情報の共有、日々の連携により効果をもたらす。大規模なステーションであれば、地域への情報発信、地域住民への相談対応等を通じて、在宅療養がしやすい地域づくりの一翼を担うことができる。

意見発表者⑤(男性・健康保険組合)

- 健保組合は医療保険財政の安定的な運営を図る努力をしているが、経済成長を上回る医療費の伸び、高齢者医療制度への支援金、納付金の増大等により、健保組合全体で巨額な赤字を計上。一方、医療経済実態調査によると、医療機関の経営は安定しており、改定率が若干とはいえプラスになったことは大変残念。
- 具体的な点数設定等の議論の際には、限りある財源を効率的かつ効果的に配分することを主眼に、社会保障・税一体改革に基づき、高度急性期から急性期、亜急性期、慢性期に至る病床の役割を明確化した上で、機能分化の推進に重点に置いた評価を行うべき。これによって、長期入院の是正や社会的入院の解消も一定程度図られる。さらに、主治医機能の強化による外来受診の合理化、効率化など、国民、患者に納得と理解が得られるような医療提供体制を整備するようお願いする。
- 7対1入院基本料の病床を、2025年に向け半分程度に削減する方針が示されている。7対1入院基本料の病床を削減し、超高齢社会にふさわしい医療提供体制を構築するため、重症度・看護必要度の評価指標の見直しや特定除外制度の廃止等を行うとともに、その受け皿となる亜急性期病床の整備を図るべき。
- 主治医機能の評価について、中小病院及び診療所の外来は、高齢者を中心に複数の慢性疾患を持つ患者に対し、全人的かつ継続的に診ることを評価すべき。認知症に加え、複数の生活習慣病を抱えている患者に対して一医療機関が算定することを前提に、服薬管理や後発医薬品の積極的な使用、24時間の対応、在宅医療への関与、重複検査の防止等を要件に、指導料や処方せん料等を包括化した評価体系とすべき。
- 消費税率引上げに伴う対応について、改定の基本方針でも、基本診療料への上乗せによる対応を中心としつつ、個別項目への上乗せを組み合わせる形で対応することを基本とすると明記。保険者としても、この方針に即して対応すべきと考える。診療側は、基本診療料に消費税引上げ分の財源を全額投入することが医療機関にとっては公平な仕組みであるとの意見だが、国民、患者の立場からは、受けた医療行為に見合った消費税を負担するのが公平な仕組み。全額を基本診療料に配分すると、基本診療料は消費税引上げ率以上に引き上げられ、国民から理解が得られない。個別項目にも一定程度配分することを重ねて要望する。

意見発表者⑥(男性・医師(民間病院院長))

- 昨年末に改定率が出されたが、消費税対応分を除くとマイナス1.26%の改定。非常に厳しい財源の中での改定になるが、質の高い地域医療が継続して提供できるよう配慮をお願いしたい。
- 平成26年度改定においては、重点課題として、医療機関の機能分化・強化と連携、在宅医療の充実等が挙げられている。機能分化については、医療法で検討されている病床機能報告制度との関係が不明瞭に思われる。できる限り医療法と診療報酬との整合性を図った上で進めていただきたい。
- 7対1入院基本料の病院について、特定除外制度の見直しや短期滞在手術を平均在院日数の計算か

ら外すなど、急性期病床を減らす方策が書かれている。今後の高齢化社会を見据え、病床の機能分化を進めていくことには賛成だが、診療報酬による行き過ぎた誘導は避けるべき。平成26年度には各医療機関がそれぞれの地域の実情をよく考えて、今後の自院の病床機能について都道府県に届出を行う制度が始まるので、医療機関の自主的な取組を見守って、診療報酬でサポートするよう、点数設定を考えてほしい。

- 亜急性期についても機能分化の観点から充実するとされているが、在宅患者の急性増悪の受入れを亜急性期病棟で行うのであれば、急性期に対応できる人員配置が必要であり、急性期と同等の評価を行う必要。リハビリテーションも、現在と同様に亜急性期病棟の中で行える必要がある。
- 主治医機能に関しては、地域の民間病院や診療所が地域住民の主治医機能を果たしていくことが必要。現在、国が進めている地域包括ケアシステムにおいても、医療・介護連携における中心的な役割を果たすのは地域の民間病院、診療所。地域の医療・介護を支える医療機関の評価を、診療報酬でもお願いしたい。
- 在宅医療については、在宅療養支援病院・診療所については、増やしていく必要。連携による機能強化型の在宅療養支援病院・診療所に実績基準を新設するとされているが、基準を厳しくするのではなく、各地域で在宅医療を担う医療機関を増やしていくことが必要であり、在宅医療において、連携の中心となるのは病院、診療所。その点を考慮した診療報酬での評価をお願いしたい。
- 救急医療について、今後、高齢者の救急搬送は増える。受け皿となる二次救急医療機関に対する評価を行っていただきたい。中医協では、救急医療管理加算の算定要件を厳しくする提案が行われているが、二次救急医療機関への影響が非常に大きい項目で、慎重な対応、検討をお願いしたい。

意見発表者⑦(男性・患者)

- 診療明細書の全患者への無料発行の徹底について、多くの薬害において、被害者は自分に投与された薬剤名、血液製剤名が分からないため証明ができず、大変苦しい思いをしてきた。診療報酬明細書の全患者への無料発行が決まってから、4年経った。4月から400床以上の病院では完全実施となるが、その他の医療機関でも完全実施を急いでいただきたい。当初は一定の猶予期間が必要だったと思うが、これ以上の猶予はほとんど意味がない。医療機関が発行に向けたシステム変更に着手しやすいように、猶予の終了時期を示していただきたい。
- 4年前以前と同じように、希望患者にだけ発行すればいいと勘違いしている診療所もまだある。また、公費負担で自己負担がない場合も、厚労省は診療明細書の発行を促す通知等を出しているが、その結果は検証されていない。患者本位の運用がなされているかどうか確認し、適切に対処する必要。
- 国には、情報公開や教育を通じて、国民の医療リテラシー、医療情報を十分に活用する力を向上させる責任がある。厚労省は中医協改革の際に患者の視点の重視をうたい、医療安全の観点から患者と情報共有の大切さを周知した。医療明細書発行の完全実施は、その第一歩だと思うので重ねてお願いしたい。
- 現在、国は経済の成長戦略として、医療のイノベーションなど新薬の開発や普及等に力を注いでいるように見える。医療イノベーションの成果が国民の健康増進につながっていくことは歓迎すべきだが、保険診療によって過剰に経済成長を押し進めようとする中で、高度経済成長時代に公害問題、薬害問題が引き起こされたように、再び薬害が起こってしまうのではないかと非常に心配している。難病で本当に薬を必要としている患者にとって、価値のある医薬品、医療機器のイノベーションこそ高く評価すべき。過剰な産業振興のために保険医療が使われることのないよう、配慮した上で、費用対効果指標の検討を進めるなど議論を深めていただきたい。

意見発表者⑧(男性・歯科医師)

- 個人開業の多い歯科業界では、経営努力も限界で、医院経営は厳しい。基本診療料である初・再診療が歯科だけ低く評価されていることは遺憾であり、治療時間が長く、一日の患者数が少ない歯科では、スタッフの給与の元手となる初・再診料が低いと、安心・安全で質の高い医療が提供できない。日

常的な充填処置、根の治療等も点数が低く、治療の時間や労力に対してこんなに安いのかとびっくりする患者もいる。

- 歯科治療へのニーズも変わっており、前回改定で口腔機能管理が保険に導入されたことは画期的だが、周術期に限定されており、手術関係より、外来の高齢者や在宅歯科医療で、機能低下への対応が求められる。
- 在宅歯科医療については、必要は分かっているが制限があって積極的に取り組めない状況。個人開業医が診療時間中に在宅に赴けば、不在中に来院した患者が困るし、往復の時間をかけて訪問診療をしても採算が合う評価ではない。20分以上でないと訪問診療の算定を認めない扱いは改善していただきたい。通院できない高齢者の居宅で処置や手術を行い、翌日に傷の消毒を行う場合、20分もかからず終わることもある。地道に患者の居宅で行う診療と、企業的に一度に大勢の患者を診る場合と、切り分けて評価すべき。時間制限は医科での訪問診療にはなく、改善してほしい。
- 歯科疾患管理料では、初診から2か月以内に1度請求しないとその後の請求ができない。管理中に患者の入院等があって4か月以上の請求が中断すると、その後の管理ができない。クラウンブリッジ維持管理料においては、歯科医師に責任のないケース、滑って転んでかぶせた冠が壊れた場合でも、一定期間新しく作り直す費用を医療機関が負担する。患者に渡す文書について、高齢者や障害者でも本人に内容を記載してもらった部分があり、スタッフが聞き取って記入することは問題とされている。文書提供の頻度も治療時間に影響している。根の治療では、根に充当した直後にエックス線を撮影しないと、同じ充填の評価が低くなり、後日、隣の歯の治療後に1回の撮影で被曝量を少なくすることも認められない。
- 高齢化も含め、患者のニーズは多様化している。歯科医療も、虫歯治療や歯周病治療、入れ歯治療から、口腔機能の維持管理へと大きな移行期を迎えている。患者の様々なニーズに応えるべく、保険というルールの中で、最善の医療を提供するのが保険臨床医。現状をよく把握せずに机上の決めごとで臨床の多様性を規制することのないよう、点数の増点、算定要件の見直し、簡素化を要望する。

意見発表者⑨(男性・行政)

- 急性期病院では臓器別の専門医をそろえ、設備やスタッフも充実した治療中心の病院、急性期を終えた患者を受け入れ、在宅復帰までの中間的病院、機能回復のリハビリ中心の病院など、役割をそれぞれ担って、患者が在宅まで切れ目のない医療と介護が受けられるような機能分化と連携は大賛成。そのためには、患者情報の共有が必要不可欠で、ICTの活用は非常に有用だと思う。重複する検査、医薬品の解消も図られ、医療費削減も非常に期待される。医療機関の機能分化・連携は、ICT導入とセットでなければ推進は図れないと思うが、ICTの導入には、費用と維持管理費がかさむため、何かしらの助成制度、補助制度の創設を考えてほしい。
- 地方では医療資源が不足しているが、地域での包括的な医療、介護サービスの提供には幅広い知識や経験が必要。包括的なサービスのコーディネーター役は、総合医の役割だと思う。総合医の普及により、かかりつけ医の役割も果たせ、地域包括ケアシステムの推進や充実にも大きく関わって貰う。社会保障費の医療介護の経費節減には、生活習慣病の予防や介護予防の効果は大きい。総合医に予防活動も含めた包括的な医療介護を担っていただき、急性期のような出来高払いの診療報酬ではなく、包括した診療報酬にしていくことが医療費の抑制に結びつく。地域包括ケアシステムを実践し、実績のある医師や医療機関などをぜひ高く評価していただきたい。

意見発表者⑩(男性・薬剤師)

- お薬手帳について、骨子案の中で「必ずしも必要としない患者」という言葉に違和感。3年前の異常な事態の中で、薬剤に関する情報がないことの不利益、情報があることのありがたみを身にしみて知っており、手帳への理解と所持率は徐々に大きくなっている。現在、電子化も試みられており、使いやすい形を模索しながら更なる定着化を、薬剤師のみならず医療従事者が願っている。重複投与、過去に有効でなかった薬剤を知ることで、無用な投薬を避けることができ、これも手帳が持つ大きな役割の一

- つ。もうしばらくの間、定着化の仕事を薬剤師の業務の一つとして評価するよう希望する。
- チーム医療の推進について、骨子案で、無菌製剤処理加算の評価対象に医療用麻薬を加えることは、がん患者の在宅療養推進によい影響をもたらす。一方で、近年、医療用麻薬の品目数が増えており、供給元である医療機関、保険薬局の在庫負担が増大。全国の麻薬を扱う保険薬局の過去3年間の麻薬の廃棄金額は20億円超、デッドストックは70億円。需要に対して供給がスムーズに追いついていないことを懸念。
 - 薬剤師の病棟業務について、療養病棟、精神病棟における病棟業務の必要性は一般病棟と差がないように思う。療養病棟、精神病棟における病棟薬剤師業務実施加算について、入院後4週間以降の評価もお願いしたい。
 - がん以外でも、外来で治療する糖尿病の患者、喘息患者、ワルファリンを使う方、HIV感染症患者、妊婦、授乳婦などに対して、薬剤師が服薬状況、副作用の発現のチェックを行い、その評価を医師に伝えている。これらの取組も、医師を初めとする多職種への負担軽減に資する業務の一つであり、チーム医療の重要な要素なので、今後の検討をお願いする。
 - 後発医薬品の使用促進について、一般名処方を含めた後発医薬品の使用促進への意識は高まっている。処方箋を応需する側としては、後発医薬品の特定銘柄を指定しない一般名処方の更なる推進を検討するようお願いする。

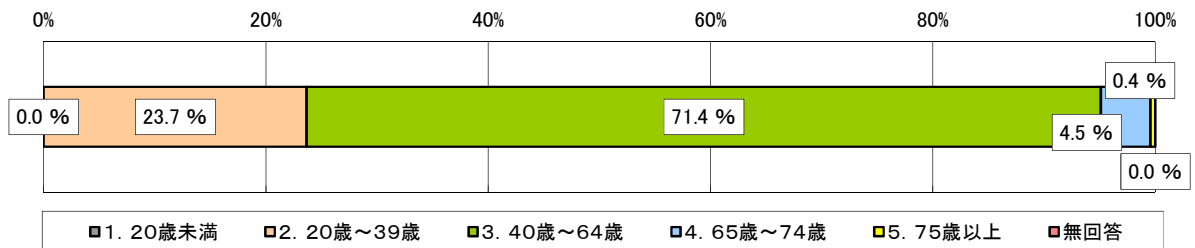
5. アンケート結果

公聴会において、参加者にアンケートを実施したところ、結果は以下のとおりであった。

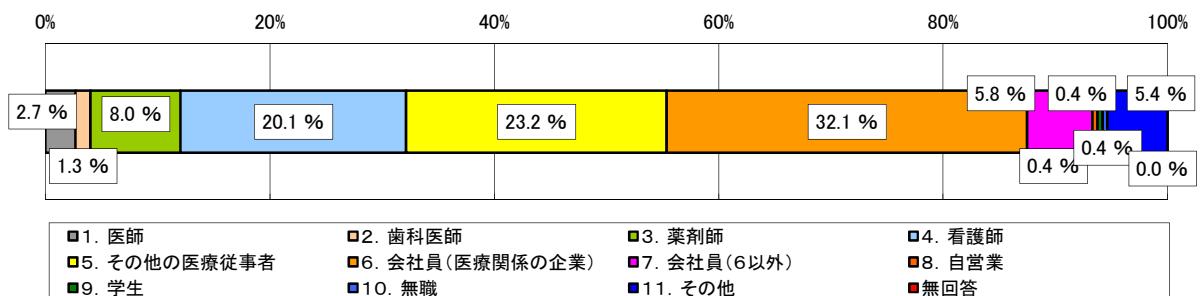
(1) 回答者数

224人

(2) 年齢層 (n=224)



(3) 職業 (n=224)



(4) 住所又は勤務先

宮城県内	宮城県外
149 件	75 件

(5) 公聴会を知ったきっかけ

厚生労働省 ホームページ	新聞・雑誌・ 業界紙等	中医協の 傍聴	知人・友人等	その他	合計
99 人	16 人	28 人	35 人	46 人	224 人
44.2 %	7.1 %	12.5 %	15.6 %	20.5 %	100.0 %

(6) 公聴会は有意義だったか

非常に 有意義	有意義	どちらとも いえない	あまり有意義 でない	全く有意義 でない	無回答	合計
29 人	128 人	39 人	11 人	1 人	16 人	224 人
12.9 %	57.1 %	17.4 %	4.9 %	0.4 %	7.1 %	100.0 %

(7) 平成26年度診療報酬改定についての意見（アンケートに記入のあった意見について個人情報等を除いて基本的に全て記載）

1. 「重点課題1」 医療機関の機能分化・強化と連携、在宅医療の充実等

1-1. 入院医療について(18件)

- 急性期病床を減らすことはごもつともだと思います。しかし、社会的背景(少子化、核家族化)を踏まえ、患者の受け皿をしっかりと考えてほしい、大病院ばかり守る改定は勘弁してもらいたい。
- 「A(意見発表者氏名)」氏が指摘されたとおり、7対1病床、10対1病床数は多すぎる。将来の人口構造に即した体制にするには、今回の改定で7対1を見直す必要がある。特に特定除外は明確に「廃止」として、廃止に向けた具体的な詰めをしてもらいたい。
- 地域保健医療計画に沿った医療資源を地域のニーズに合わせて提供することが大切であると考えます。地域の実情に配慮した評価はぜひすすめていただきたいと思います。
- 機能分化の推進を望む。
- 機能・役割の明確化は地域性を含めて慎重な対応をお願いしたい。
- 急な変化は経営、運用面で現場、患者とも大混乱が考えられる。激変緩和が望ましい。
- 急性期病床の基準に平均在院日数の短縮の他に病床稼働率も基準上に設けた方が良いでしょう。
- 急性期医療を担う医療機関に充実した評価をしてほしい(一定の実績を高く設定して)
- 7:1を制限するのであれば高度急性期と病棟単位で4:1を認めてはどうか。
- 評価基準だけでなく、看護師の配置基準の見直しをしてほしい。より診療密度の高いICUでは2対1以上の配置(1.5対1or1対1)が必要。←30年以上前から変わっていない。
- 重症度医療・看護必要度の見直しに際して10:1病棟で勤務していますが、患者の高齢化を充分考慮してほしい。
- 亜急性期入院医療管理料について、分かりやすい診療報酬体系としてほしい。
- 亜急性期病棟を有する病院に救急医療機能を持たせるのは考え方としては良いと思うが、医師・看護師・コメディカルの人員と諸設備の対応が果たして可能かどうか疑問。
- 7:1の急性期を担う病院は亜急性の病棟を持てるのか。総合入院体制加算の全要件を満たすと亜急性は持てない方向のようだが、7:1は問題ないのか。
- 地域の実情に合わせた総合診療している病院の評価200床程度でも急性期医療と亜急性期な

どの機能を持ち合わせている。病床もしくは病棟単位での病床機能を位置づけする。

- 病床の機能分化→地域の診療所を含め検討すべき。
- 現在、実際の現場から聞く実情として、医療療養病棟1において、特に患者の重症度が上がっており、実質的には20:1(法定基準では現場はドンドン疲弊するというのを聞いています)。医療療養に関しては、18:1や15:1(一般病床)と同じような看護基準を制定すべきではないでしょうか。
- 基本診療料に被災地加算(福島県加算)を設けて福島県の被災者をみる医療機関を評価してほしい。→人材不足解消のため。

1-2. 外来医療の機能分化・連携の推進について(4件)

- 主治医機能の評価は包括評価を基本に、1医療機関のみが算定できるようにすべき。「主治医」は患者にとって1人であることが望ましいあり方だといえる。
- 地域包括ケア推進の中からも「主治医機能」「総合診療医」などの体制について、より明確にあるべき姿を提示してもらいたい。
- 主治医機能の評価に対して医師による患者の抱え込みにはないような体制作りが望ましい。専門的治療が必要な場合は積極的な連携を。
- 外来医療において、医科の診察の前や後に、病院薬剤料も服薬状況・副作用の確認、薬物治療の内容説明など様々な外来薬剤業務を実施している。地域医療連携の一環として、病棟と同様に外来での病院薬剤師の関与を評価して頂きたい。

1-3. 在宅医療を担う医療機関の確保と質の高い在宅医療の推進について(11件)

- 在宅医療に資源をもっと投入すべきではないでしょうか。都会ならず側にもHP、GPはあります。もっと地域に目を向けて下さい。支払いを減少させるだけが支払い側の意見ではありません。
- 在宅医療や地域の受け皿がまだまだであり、ケアこみの質もひどく病院にまかせっぱなし状態である。在宅療養ができるしくみづくりが大切。
- 在宅ケアは患者が各自宅に分散され効率性の検討が必要だと思います。また家族の負担がかなり増加する。医療側の立場だけでなく、国民に対して金額以外の家族のケアという実質の負担が増える事をしっかり説明しないとうまく移行できないと考えます。
- 24時間対応、重度者やターミナルケア対応ができる訪問看護ステーションを評価すべき。県内ではステーションの数は増えているが、小規模で脆弱な体制のところが多く、職員がバーンアウトしてしまうのではと危惧している。人材確保の原資となるような報酬をつけて、体制の整ったステーションが地域でより多くの利用者に対応できるように支援すべき。
- 訪問看護ステーションの機能拡大が図れるようお願いします。
- 機能強化型訪問看護ステーションをこの報酬改定で評価することが今後の長高齢化時代の在宅を支えていけることにつながる。
- 訪問看護ステーションの評価を充実してほしい。
- 在宅死亡の増加のために訪問看護への点数増加をはかり、経営安定させてはかがか。
- 不適切に患者紹介を経済的誘引する保険医療機関業者を早急に厳しく対応するものとしてほしい。
- 同一建物において同一日に複数患者に対して在宅薬剤管理指導業務については適正化を厳密に行ってほしい。
- 訪問関連業者の取締まる法整備をしてほしい

1-4. 医療機関相互の連携や医療・介護の連携の評価について(5件)

- 地域において病院の連携担当者、地域の診療所、在宅医療機関、介護保険者等が相互の連携を充実、促進するために定期的に会合を開催することについて、診療報酬上の評価の対象としてはどうでしょうか。

- 急性期病院から在宅に移行した場合、在宅への訪問の加算を検討してほしい。
- 急性期病院などから転院を迫られた場合に、転院先を患者自らが探さないといけないのはおかしい。転院を迫る際には、転院先の確保を、診療報酬で義務づけてほしい。
- 機能分化や在宅への移行については、各分野からの不安が多と感じました。徐々に導入が進められると思いますが、事後の検証を確実に実施してほしいと思います。
- 先日、入院中の患者がふだん受診している診療所に受診したということで入院料の減算の連絡が国保連合会からあった。患者は外出していないが、家族や(入所施設スタッフ)が定期的に処方を受けている薬をもらいに行ったらしい。(病院に知らせず)これは、診療所側で今、他の病院で入院していることを診察で聞きとれていないことであり、問題にならないか？ルールを検討を。

2. 「4つの視点 I」 充実が求められる分野を適切に評価していく視点

2-2. 精神疾患に対する医療の推進について(3件)

- 精神医療にとって、精神保健指定医、精神保健福祉士など人員の関わりは重要なところであります。チーム医療、退院促進を進める上では、この辺の人員配置の評価をお願いします。
- 当院は精神科の単科病院であります。精神科病院の入院患者においては身体合併症の患者が多くおり、その治療をする上でも、他科との連携が必要です。特定入院料算定患者の身体合併症の治療を精神科病院での治療は難しく、他科受診の減算の廃止、身体合併症加算の算定日を長くとれるようお願いします。
- 向精神薬を多剤処方した時、通院・在宅精神療法を適正化するとの事は、科学的データに基づき何十回も議論している中協そのものを否定する事に繋がるのではないか。根拠に基づかない事はすべきではない。

2-3. 認知症への対策の推進について(2件)

- 「B(テレビ報道)」で認知症予防の研究がすすんでいて運動+認知を鍛える(計算、しりとりなど)が有効とあった。予防活動が促進できる診療報酬が必要。
- 早期回復のためには早期発見が重要です。医療機関の充実とともに核医学検査、CT等の画像診断による早期発見による早めの対応治療が必要と思います。これらの診療報酬上の手当の充実をお願いします。

2-4. 救急医療、小児医療、周産期医療の推進について(3件)

- 医療関係の仕事をしていませんが、公定価格というものに興味もあり、中央社会保険医療協議会の資料を見ています。前回もそうでしたが、今回も救急が課題としてあげられていますが、医療従事者の方々の大変さを思いますと救急のほか、休日、時間外、深夜の業務については、引きつづき評価の充実をされるべきと思います。
- 救急医療管理加算の算定基準であるが、問題になっている「その他」以外の項目で二次救急の評価ができるのかを考えていただきたい。そもそも、夜間など時間外に救急対応している中小病院への評価は十分なのだろうか考えていただきたい。「ア」~「ケ」で救急対応の疾病を全ての診療科網羅しているのか？救命センターに配分される点数と比べると少ないと考える。
- 退院調整を進めていくなら、施設基準を緩和すべき。

2-5. リハビリテーションの推進について(1件)

- 回復期病棟から退院し、外来のリハビリテーションに移行する際に、毎日9単位のかかわりが突然なくなり、また患者教育も充分に行うインセンティブがなく患者も外来を「してもらいリハビリ」と思って来院される。早期外来リハの充実と共に回復期退院前の自主トレーニングの指導や自宅訪問などへのリハ職の活用について積極的に行うべきである。

2-6. 歯科医療の推進について(3件)

- 文書提供について、貴省が求めるのは正しい治療と丁寧な説明であって、文書をもらうことまで求めてはいない。文書提供した方がよい場合はあるが、それは治療を行う歯科医師が判断すべきであって、一律に提供することは理解できない。必要でない場合も、診療時間を削って文書提供している。文書提供は医学的に必要と歯科医師が判断した場合は提供すべき。
- 訪問歯科診療について、医科には無い業務のみの20分ルールを見直してほしい。初再診料について医科との格差を無くしてほしい。文書提供等の事務負担を軽減してほしい。
- 知人に歯科医がいる。治療が丁寧で、子どもやお年寄りにも親切で評判がよい。しかし、経営が大変厳しいそうだ。診療報酬が長年低く抑えられているためらしい。まじめに診療されているので気の毒でしかたない。何とかしてあげてほしい。

2-7. 的確な投薬管理・指導の推進について(4件)

- お薬手帳はすべての患者さんに持ってほしいので、われわれ薬剤師も努力している。ぜひその行為を評価してほしい。また、入院時、退院時の情報も必ず記載してほしい。→入院時の情報がない=チーム医療事業連携として
- 「手帳を断れば医療費が安くすむ」ということが出ないような評価の仕方をよろしくお願いします。
- お薬手帳について、医科の診療報酬と調剤報酬を揃えるためには、13014退院時薬剤情報算定指導料も同様に見直す必要がある。
- 訪問実績有無の部分での評価について、推進を意図とするのであれば、現状のものにもう一つの加算ランクをつけることとしていかないと本当に現場で、これから開始しようとならない。現状のままの要件に加えただけでは逆に進まないと感じます。

2-9. 医薬品、医療機器、検査等におけるイノベーションの適切な評価について(2件)

- 未承認薬検討会議より未承認薬の開発要請あるいは公募を行っているが、開発を行った医薬品に適切な評価がされ適切な薬価が収載されるような仕組みを望みます。特に外国では承認されて長時間経っている古い成分については安定供給が可能になるようご配慮いただきたい。
- イノベーションについて評価されることは賛成であるが、今まで該当品目がほとんどないことを考えると、今後どのように運用されるか疑問である。積極的な評価をお願いします。

2-10. DPCに基づく急性期医療の適切な評価について(5件)

- データを活用して他の病院や地域との比較ができるようになってきているのはよいことで、たくさんのが病院でもわかるようになってきた。ただし、複雑すぎになってきているのではないかと。国もそうだが、作成側も大変であり、負担軽減や評価をもっとしてほしい。
- 機能評価係数Ⅱの配分される係数が増えてゆくのはよいと思う。しかしながら、基礎係数の配分、特にⅠ群の評価は適当か？同じコードなのに標準化できるはずのものについてコード化されているはずなのに、包括部分の点数によって判断されるのは、Ⅰ群病院は標準化が進んでいるのか疑問である。
- 大学の本院の先生方が中心に考えているので致し方ないが、ケアミックスが悪という感じがある。数年ごと「ケアミックス」と「一般」のみの比較をして、大差なしということがわかって、「ケアミックス」の話になると分科会長の対応が変化するのがわかる。それぞれ事情があって「一般急性期のみ」「ケアミックス」「慢性期」などがあり、それぞれに良さがあることを理解してほしい。患者アンケートをすると上位に入る要望が「転院したくない」であり、「地域、地元で治療したい」ということも考えて。
- 入院料に対しての経過措置が1年では短いと考えます。DPCデータなどの情報をより詳しく生かしてほしい(出来高情報など)。

○この所のDPC/PDPSは、支払基金のための審査のためのシステムになりそう。

3. 「4つの視点Ⅱ」 患者等から見て分かりやすく納得でき、安心・安全で質の高い医療を実現する視点

3-1. 患者に対する相談指導、医療安全対策、明細書無料発行、患者データ提出等の推進について(1件)

○明細書発行を次回診療報酬改定(平成28年)前までに全ての医療機関で発行するようにしてほしい。意見陳述者の発表を聞いて特に感じました。

4. 「4つの視点Ⅲ」 医療従事者の負担を軽減する視点

4-1. 救急外来の機能分化を含む医療従事者の負担を軽減する取組の評価について(1件)

○精神系患者への対応について、現状では医療従事者へのリスクが大きいことから、十分な現場の検証と現状の理解を求めます。

4-2. チーム医療の推進について(8件)

○療養病床、精神病床に入院する患者が容体の安定期に入るまでには、最低でも3ヶ月の期間を要すると考えられています。療養病床・精神病床における病棟薬剤師業務実施加算は12週までは算定できるようにお願いしたいと思います。

○療養・精神病棟での病棟薬剤業務に4週以降も継続することが患者の視点からも重要である。現場の実情としても、少なくとも12週以上求められる。

○病棟薬剤師は必要な業務であるが病棟の機能によっては人員の配置は可能だが業務自体がない病棟もある。(分娩を担っている病棟)病院単位ではなく病棟単位での届出が望まれる。

○看護師の夜勤時間を72時間以下とするのは結構ですが、現在、夜勤免除を申請する者も多く、職場では人員不足のうえ、夜勤をくむことが大変です。看護師の夜勤手当を充実していただき、夜勤を行いたい看護師がふえるようにしていただきたいと思います。

○72hの枠をはずすことは、夜勤負担軽減と逆行するので反対。

○看護補助者を手厚くする評価を検討しているが、看護補助者は看護職員の代替にならないのではないか。

○夜間看護加算は急性期看護補助加算25:1をとれるところはほとんどないので25:1ははずした方がよい。

○時間外・休日の救急医療体制について、放射線や臨床検査技師の当日直・オンコール体制について適切な評価を行う必要があるのではないか。

5. 「4つの視点Ⅳ」 効率化余地がある分野を適正化する視点

5-1. 後発医薬品の使用促進策について(4件)

○後発医薬品の銘柄指定はせず、一般名処方をするのが後発品の促進につながるのでは処方書き方についてもふれてほしい。

○後発医薬品促進に当たり処方医側で後発への切替NO!が多ければ進まない事になるが、処方医側へのペナルティーなり促進策を策定していただきたい。

○診療報酬もさることながら患者にとっては薬代が高価なので負担が大変だ。高齢年金生活者にとって病気もできない。

○院外処方箋発行及び調剤薬局の拡大は、医療費の増大の一因になっているのでは。(処方箋料等及び後発品使用が進まない等)

5-2. 長期収載品の薬価の特例的な引下げについて(1件)

○特例的な引下げの引下げ幅において、経営上の予見性も含め、幅を拡大せずに固定されることを望みます。

5-4. 医薬品、医療機器、検査等の適正な評価(1件)

○病理診断について、「保険医療機関間の連携を利用した病理診断」の施設要件の緩和を希望します。すなわち「衛生検査所」で作製された「標本」の診断も、保険医療機関間連携が通用できるようにしていただきたい。衛生検査所での病理「検査」には診断料が算定されず、委託元医療機関で「病理判断料」が請求できる、「診断料」が算定できないことから、検査所で行われている報告は、「助言」にとどまるという考え方を病理学会ではしている。責任ある医療機関内での「病理診断」を国民に提供できるように、医療機関での病理診断を促進するためにも、衛生検査所で作製した病理標本についても、医療機関で診断した際、病理診断料が算定できるという保険医療機関の連携による病理診断の施設要件の緩和(委託側医療機関が標本作製を自施設で行うのではなく衛生検査所に委託した症例でも利用可)を希望します。

5-5. 大規模薬局の調剤報酬の適正化等(2件)

○大規模薬局の経営オペレーションで適正な収益が確保できるのであればすべての薬局に対し大規模への改定を適用する事で医療費全体が減少するのでは？医薬品卸業界の例の様に統廃合が進むことで業界のレベル自体も高くなるのでは？

○大規模薬局の評価見直しとあるが、卸+メーカー+調剤全体の問題とすべき(「中小を救う」のであればそれは退化)。経営努力をきちんとしている先は大小、門前問わず評価すべき。(薬価差は薬剤マージンと、物流ボリュームフィーを分けてはどうか)

6. 消費税率8%への引上げに伴う対応(9件)

○消費税率引き上げに伴う診療報酬上の対応については、骨子に明記されているとおり、患者が受けた医療サービスに対し公平に消費税を負担する観点から、基本診療料と個別項目に適切に配分すべきである。

○消費税率upに対する対応については、影響の程度に応じて適切に配分されるよう十分に配慮して欲しい。

○大病院や公立にしか利用できない補助金や算定できない項目が付くのではなく初・再や入院基本料に配分いただくことはありがたい。

○基本診療料、調剤基本料だけへの上乘せは医療費総額を大きくすることになり保険料引き上げという二重負担につながりかねない為見直しを願いたい。

○消費税は窓口負担とし、徴税したらどうか。

○消費税分のアップを診療報酬に上乘せするやり方を是正してほしい。患者さんや医療機関にとってもいいことではないため。

○消費税との同時改定のため改定率の解釈が難しい。904億等基金の柔軟な使い方プラス分の割り振り(初診料、再診料について)にかかっている。

○消費税の増税は社会福祉が目的であったと認識していたので、今回の実質マイナス改定に納得がいきません。ここで使用されなかった財源が何に使用されたのかを明確にするか、プラス改定に変更すべきではないかと思えます。

○医療財源が大幅に減ったことは消費税を社会保険に使うといった内閣に反するものと思う。

7. その他(6件)

○要点説明ほしかった。

○平成26年度改定、あと2ヶ月後なのにまだ検討中なのか。前時代的、遅い、改定内容を受けてITシステムの改修が必要。IT側の視点も必要なのではないか。期間的な余裕がない。

- 中医協の代表区分において、医師、薬剤師と同様に看護師側からも委員に選出されるといいです。専門委員との違いが分かりませんでした。
- 当直医師を探すことが大変である。提示条件に「当直なし」という医師が多いが、それでも雇うしかない。
- 中医協ではないが、「C(会社名)」をはじめとする看護師や医師の紹介手数料が負担である。勤務数ヶ月で他院を会社から紹介され退職され、新しいスタッフの紹介料という悪循環である。何とかならないものか。(同一者は1度や〇年に1度とするなど。)
- 「保険診療」について医師の理解がない。特に「様式1」など何やらせるんだ！ということが多い。