

## 中央社会保険医療協議会総会(公聴会)の概要

平成28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28年1月22日(金)13時00分～15時00分

### 2. 開催日時

埼玉県さいたま市 浦和ロイヤルパインズホテル「ロイヤルプリンセス」

### 3. 参加者

約470名(うち、意見発表者10名)

(※参考：平成26年度 約320名、平成24年度 約460名)

### 4. 意見発表の主な内容

意見発表者①(健康保険組合)

- 地域の健康保険組合の立場から意見を述べる。現在、経済情勢は回復基調にあると言われているが、埼玉県のような地方には余り浸透しておらず、国民生活もなかなか回復の実感がないというのが実情。
- 健保組合は加入員の健康増進を図り、ひいては企業の生産性を向上させることが1つの使命であるが、例えば自分の健保組合では健康保険料収入の95%が医療費と納付金であり、残りの5%で経費を払ったり保険者機能を発揮すべき保健事業を実施しているが、思い切った施策ができない。全国1,400の健保組合の平成26年度の決算見込みは7年ぶりの黒字であるが、これは料率を上げたことによるものである。保険料率の引上げについては、事業主や被保険者に多大な負担をいただいております、その証拠に8年前の一人当たりの保険料額の年額からで約9万5,000円上がっているが、同水準だけ給与の手取りが増えているわけではない。この間には60もの健保組合が解散している。27年度の予算では1,400億円ぐらいの赤字が見込まれている。埼玉県にも29の健保組合があるが、8割に当たる23組合が赤字予算であり、ここ3年で15組合が料率を引き上げている。
- こうしたことを踏まえ、医療費を抑えないと国民皆保険制度の崩壊にもつながりかねないという危惧を持っており、今回の改定においてもそれを要望していたが、診療報酬本体はプラスになった。今後、骨太の方針でも示されているとおり、医療費の適正化や医療提供体制の改革を踏まえ、具体的な点数設定等の議論が進められていくと考えているが、議論に当たっては、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、重点的に評価すべき項目及び適正化すべき項目をしっかりと区分、見きわめて対応いただきたい。
- 入院医療について、今後、さらに進む超高齢化社会にふさわしい医療提供体制を構築し、なるべく早期に住みなれた地域に帰っていただくため、病床機能の分化、連携の強化が重要。現在7対1

入院基本料の算定病床が35万床を超えるが、重症度、医療・看護必要度の評価指標の見直しなど、真に患者の状態にあった評価を行っていただきたい。

- 調剤報酬について、昨年一部の調剤薬局においてお薬手帳の未記載問題等があった。医薬分業により患者負担額が増えているにもかかわらずこのようなことが行われると、業務やサービスができていないのではないかと感じる。今後、保険薬局、薬剤師の方々には、患者のための薬局ビジョンで示されている3つの機能、服薬情報の一元的かつ継続的な管理、24時間対応、在宅対応、医療機関との連携等をしっかりと発揮していただきたい。いわゆるかかりつけ薬剤師として行うべき機能を発揮することで、残薬の管理や長期投薬の解消が進むのではないかと期待している。

#### 意見発表者②（医師（診療所院長））

- 当院では、精神科、認知症を含めた一般外来、在宅医療を中心に診療している。在宅医療の患者については医師3人で患者90名を管理している。また、埼玉県医師会では、副会長として地域医療構想や地域包括ケアシステムの推進を担当している。
- 地域包括ケアシステムを担う診療所に対する診療報酬上の配慮についての意見を述べる。いわゆる2025年問題に関連し、埼玉県では75歳以上の高齢者が118万人と、2010年と比較して倍増する見込みであり、認知症患者への対策を含め急増する医療需要にどのように対応していくかが喫緊の課題となっている。また、埼玉県では地域医療構想に関する議論が進められており、在宅医療を担う医療機関の確保や、老健施設等の整備を進めるべきとの意見が出されている。地域によっては療養病床が不足するところもあり、さらには在宅医療を担う医療機関の負担が今より2倍程度になるとの試算も出されている。
- このため地域包括ケアシステムを構築していく必要があるが、かかりつけ医や在宅医療を担う診療所の医師をいかに確保していくかが課題となっているにもかかわらず、これまでの中医協の議論を見ると、在宅医療を含め診療所の医師に対する評価は不十分である。特に診療所の再診料については平成22年度診療報酬改定で引き下げられたままであり、地域包括診療料や地域包括診療加算についても、届出医療機関の数を見ると施設基準や点数設定、その概念について医療機関の理解が得られているとは言えないのではないかと。
- こうしたことから、かかりつけ医のあり方についてさらに議論を深めていただくとともに、初診料、再診料や在宅医療の点数をより充実させていただき、多くの診療所の医師が高いモチベーションを維持しながら地域包括ケアシステムに参加することが可能な環境整備をお願いしたい。
- 在宅医療に関し、在宅患者訪問診療料や在宅療養指導管理料において1患者1医療機関とするなどの通知上の制約があり、様々な疾患を要する高齢者が今後さらに増加することを考慮すると、主治医以外の専門の診療科の協力についても評価をする必要がある。さらに、認知症患者に対応する診療所の評価も考えていただく必要がある。診療所で認知症患者の診療を行った際、診療時間が長くなることや家族への指導など、一定以上の管理が必要であることを踏まえると、管理料や指導料による点数上の配慮が必要である。
- 埼玉県では、地域医療介護総合確保基金に基づき今年度から在宅医療提供体制充実支援事業が行政と医師会との協力の下で開始されているが、医療機関の原資は診療報酬である。在宅医療を担う診療所が安定して経営ができるような点数設定をお願いしたい。

#### 意見発表者③（労働組合）

- 保険料を支払う被保険者、患者の立場、また、医療機関で働く労働者の立場から、自分たちが求める医療、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る。

- 誰もが安心して公平に医療を受けるための基盤である公的医療保険の持続可能性の確保が重要であるということを強調したい。被用者保険は国民医療費の財源の約4割を占める最大の拠出者であり、支え手である。毎年1兆円近く医療費が増加を続けている中で、保険料の負担感は決して無視できるものでない。そのため、長期入院や多剤・重複投薬の是正等を通じ、医療の効率化、適正化を図るとともに、改定に当たっては、患者、被保険者の納得を得られる医療の提供という観点を重視していただきたい。
- 埼玉県は全国の中でも特に今後の高齢化が急速に進むと言われているが、人口10万人当たりの医療機関数、病床数、医師、看護師の人数は全国でも特に少ないと言われている。このような中、急性期の入院から回復期、リハビリ、療養、そして在宅医療まで切れ目なく医療を受けられるようにするためには、急性期病床が担う機能をなるべく明確にし、急性期後の受け皿病床、在宅医療の充実を通じて病床や医療機関の機能の分化と連携を推進することが必要である。このような効率的な医療提供体制の構築を通じて、医療資源の地域偏在を解消していくよう要望する。
- 患者にとって安心・安全で納得できる医療提供を一層進めるため、医療の質やADLの向上、医療の透明化を推進していただきたい。医療や医療費の内容を患者自身が知ることは、患者の納得と安心につながり、患者と医師のより強固な信頼関係を構築することにつながる。そのためにも診療明細書の発行については期限を切って例外なく義務化し、全ての医療機関で無料発行されるよう、さらなる拡大促進を図ることを要望する。
- 医療従事者の立場から、看護職など医療従事者の負担軽減を推進していただきたい。中医協で大きな争点となっている入院基本料の施設基準における看護職の夜勤72時間要件の見直しについては、逆に長時間夜勤が助長されることのないよう、平均時間の現行の計算方法を堅持していただきたい。これは実際に働いている現場からの声である。むしろ、地域包括ケア病棟入院料の施設基準においても要件化することや、看護職の夜勤専従者が行う夜勤時間を上限144時間とする制限の復活が必要ではないか。一昨年の国会では過労死等の防止対策推進法が全会一致で可決成立し、それに基づき、昨年7月24日には過労死等の防止のための対策に関する大綱が閣議決定された。この中でも、医療業で労災補償、自殺が多いことにも言及がされている。実際に看護職として働く人の声に耳を傾けることが、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である。

意見発表者④（医師（病院院長））

- 埼玉県公的病院協議会の会長、日病協の診療報酬実務者会議の委員長、埼玉県社会保険協会の会長を務めている。埼玉県は人口730万、通勤通学を含めて1日100万人が首都圏へ出ており、埼玉都民と言われる県である。また、人口10万単位で医師数、看護師数、病床数ワーストワンの県である。当院は424床、7対1の急性期病院であり、地域医療支援病院、地域がん診療連携拠点病院、地域周産期母子医療センター、災害拠点病院の指定を受けている。また、DPC対象病院であり、脊椎の全身麻酔における手術件数は全国トップ5に入り、整形外科が有名である。紹介率90%、逆紹介70%以上の地域完結型の医療を行っている。
- 病院を代表して28年度改定における意見を述べる。本体0.49%プラスということについて、プラス分はどこに配分されるのか明確にわからない。
- 7対1病床削減に関し、重症度、医療・看護必要度について、現在15%の基準を、AかつB、A3、M項目等の新基準で25%とすると言われている。日病協の診療報酬実務者会議の7対1病院でシミュレーションしたところ、11病院で20.8%から30.1%になるということで、25%未満が5病院、25%以上が6病院となり、40%以上が基準に合わないという結果になった。全身麻酔の手術件数の多い外科系病院には有利であるが、内科系の総合病院は病院経営が困難であり、医療崩壊につながるの

ではないか。激変緩和あるいは基準の見直し等をお願いしたい。意見としては、A項目の追加された救急搬送入院、1ないし2日ということをも3～4日に伸ばしていただきたい。また、M項目については、内科系全身麻酔以外に、腰椎麻酔、硬膜外麻酔、PCI、アブレーション等も困難な手術であり、消化器系でいえば内視鏡的、例えばESD、ESTといったものも入れていただきたい。シミュレーションでは月変動が非常に大きいので、1か月に限らず、直近3か月の平均といったことを考慮していただきたい。

- 在宅復帰率については現在75%が基準であるが、上げることはやぶさかではない。当院は96%以上である。他方、計算式を変えようとする動きがあるが、回復期リハ、慢性期病棟、サ高住、老健、特養等が在宅に当たるものであると考えており、式の変更は拙速ではないか。
- 平均在院日数については今まで中医協の中では議論されていない。DPC対象病院では既に平均在院日数は短くなっており、病院によっては地域特性があることからこれ以上短縮することは限界である。
- 急性期、救急医療管理加算の評価については、地域包括ケアシステムの推進のためにも地域の救急体制の維持は重要であり、夜間、休日、救急搬送、医学管理料の増額、救急医学管理加算のさらなる評価をしていただきたい。

#### 意見発表者④（患者）

- 難病難治性疾患の立場から、難病を初めとする個々の疾患に応じた患者本位の医療を実現するための方向性に関して意見を述べる。
- 難病の患者が今般医療で置かれている状況について簡潔に述べる。本邦の難病に関する施策は、1972年に策定された難病対策要綱以来社会保障制度としての根拠法を持たず、厚生科学研究事業と医療費助成事業を軸として2014年末まで運用されてきた。2015年1月1日より、難病の患者に対する医療等に関する法律（難病法）が施行され、社会保障制度の一環として初めて難病対策が位置づけられた。難病法の施行に伴い、難病の患者が生涯にわたって社会で尊厳のある生活を送っていくために、総合的な施策の整備が急務となっている。
- 難病患者の身近な医療供給体制の整備について、新制度の下、難病の患者に対する医療等の総合的な推進を図るための基本的な方針が2015年9月15日に告示された。難病の患者に対する医療を提供する体制の確保に関する事項として、早期に適切な診断ができる体制の構築と診断後により身近な医療機関で適切な医療を受けることができる体制の確保が定められている。個別の難病に対する医療体制には大きな地域間格差が存在する。身近では適切な診断治療を受けられず、医療機関の受診のために遠距離を移動せざるを得ない患者も数多くいる。また、難病の診断と治療には多くの医療機関や診療科がかかわるため、連携の強化も求められる。特に、今般は医療依存度が高くても在宅療養を行う患者が増加している。小児期、成人期や疾患の種別を問わず、数多くの難病の特性に応じた療養を地域で実施できるよう、在宅医療、訪問看護の体制の整備を要望する。
- 子供の難病、小児慢性特定疾患について、小児慢性特定疾患の治療研究事業では特定の困難な疾患にかかる児童の健全育成を目的として医療費の自己負担分を補助する制度があり、現在、11疾患群の514疾患が対象とされているが、本人が20歳を超えると成人の指定難病の対象外となってしまう患者がなお多く存在している。小児難病の子供から大人への移行期にかかる諸問題は、トランジションと呼ばれているが、医療費の助成制度のみならず医療供給体制にも支障が生じている。小児科で受けていた治療を成人の医療機関で同様に受けることができず、成人後も長期にわたって小児科を受診し続けるというような状況もある。
- 難病の患者が安心して医療を受けられるよう、医療従事者の負担軽減とともに、難病医療に対し

て積極的な評価を図るよう要望する。旧制度では診断のために必要な遺伝学的検査等について評価が行われてこなかった。難病の治療、研究に従事する医師や医療機関は、日ごろの診療に加え、臨床調査個人票の入力等の事務的負担や広域から集中して訪れる難病患者の対応等、過剰な業務に追われている。また、難病の患者には公費負担医療の対象者も多くいるが、診療報酬明細書は患者にとってみずから必要な複雑な医療を知る重要な手段であり、生涯にわたる療養生活には不可欠なものである。診療報酬明細書無料発行の推進は公費負担医療についても垣根なく図っていただきたい。

- 「難病は一定の割合で発症することが必然であり、国民の誰もが発症する可能性があり、患者及びその家族を社会が包含し支援していくべきである」という難病法の基本認識は必ずしもまだ一般に浸透しているわけではない。今後、医療を通じ法の理念の実現を図れることを要望したい。

#### 意見発表者⑥（歯科医師）

- 超高齢社会の到来により、歯科においても外来で元気な患者を診るだけでなく、全身疾患を抱えた患者の診療や寝た切りとなっている患者への訪問歯科診療等、さまざまな対応が求められている。こうした中で、口腔機能の維持・向上により国民の健康寿命の延伸とQOLの確保を目指すことが歯科医療の役目である。診療報酬改定においては、医療連携や在宅歯科医療を推進するとともに、継続した歯科医学的管理により、健康を維持する歯科医療を評価していくべきである。診療報酬改定に係るこれまでの議論の整理、現時点の骨子において記載されていることが実現すれば、国民にとって状況は改善されると考えている。しかしながら、歯科医療に対する長年の無理解と関心の不足により多くの障害がその行く手を阻んでいる。地元の歯科医師会の会長として、また、現場の歯科医師として意見を述べさせていただく。
- 医療というものは絶対に非営利であり、公共性と人間性の上に成り立つものと考えている。その上で、患者との対話は医療にとって非常に重要である。今までも医療保険において指導料、加算等、医療行為としての算定項目が作られてきた。しかしながら、患者の思いや気持ちを伺い、最適の医療を行う部分の配慮が足りないと考えている。弁護士相談料のようなものを担保するのが再診料の役割ではないか。この中には物の部分と人の部分が含まれている。
- 日本医師会が中心となって、三師会、四病協、財務省、厚労省とともに医療機関等の控除対象外消費税問題の解消を目的に消費税問題に関する検討会が開催されている。前年の税制改正大綱において医療の社会保険診療の課税化に当たっては個々の診療報酬項目に含まれる仕入れ税額相当分を見える化することが必要ということの財務省からの指摘もあり、各点数項目における課税費用割合が求められるかどうかのパイロット調査を行っているが、この中で、調査の結果、歯科の再診料について課税費用、非課税費用を含めた総費用が保険点数の2倍となった。そのほかにも、ピックアップされた10項目ほどの歯科の標準的な点数項目において、保険点数に対する費用の割合は58%から205%という間に入っていた。
- このようなことも含め、適正な医療費が設定されていないため、歯科は損益差額を圧縮し、できるだけの歯科医療を提供してきた。その結果、1981年と比較し、現在消費者物価指数が127%、賃金指数は136%であるのに対し、昨年の医療経済実態調査の結果では医科の個人診療所の損益差額は138%、歯科の個人診療所は67%となっている。金額では1981年には医科と歯科はほぼ同額であった。このように歯科は、35年の長きにわたり、国民の健康寿命の延伸とQOLの確保に対する貢献について極めて低い評価しか受けていない。特に、最近は安全・安心な診療を行うためにもより一層のコストが必要とされている。これまでのような低評価ではとても対応できない。
- 社会保障に位置づけられた歯科医療の充実には、患者とのコミュニケーションが非常に重要である。そうした中、特に再診料の引上げが不可欠と考えている。

#### 意見発表者⑦（中小企業団体）

- アベノミクスにより経済が大分上向いたというような話もあるが、小規模事業所に対してはほとんどその光が訪れていないというのが現状。例えば大企業が3%、5%経営がよくなったというときには、中小企業が3%、5%の請負単価の削減や納入資材のカットという形で上昇分を抛出しているという構造がある。県内に50人の情報連絡員を配置し、毎月の経営状況について聞いているが、基本的には全く改善されていない、あるいはほとんど横ばいというような報告を受けている。これから春闘等があるが、既に政府からの賃上げ圧力が高まっており、また社会保険料も増加しており、ほとんどの企業が経営の危機にあるという感じである。しかしながら、埼玉県内の雇用者の7割を我々小規模事業者が担っているのだから、何とか元気づけながらやっていきたいと考えている。
- 中医協について、医療費の増加に対し軽減策等について御議論いただいていることに深く感謝する。今後とも効率的かつ効果的な医療が継続されることを切望する。
- ジェネリック医薬品の積極的な利用促進について、中医協でも議論がかなり進んでおり、改善の提案等は見ている。利用者としても利用促進に努めていくが、さらに価格の引下げやジェネリック医薬品の現場での説明により患者が利用できる取組が重要である。そのためには現場の医師や薬剤師に対する利用拡大に対するインセンティブといったものも拡大されることが必要ではないか。中医協の所掌分野ではないと思うが、ジェネリック医薬品の使用状況が都道府県によって大きな開きがある。協会けんぽでは、1位は沖縄の73.3%、最下位は徳島の49.9%であり、非常に大きな差が生まれている。これが全体として協会けんぽの保険料の負担率に跳ね返ってくる。使用状況の高い県に対するインセンティブや、低い県に対するペナルティーがあってもいいのではないか。
- 健康診断については、雇用者が従業員に対して健康診断をすることが義務づけられているが、健康診断の結果が悪い人と一生懸命努力している人の医療費が同じでいいのか。例えば、健康診断結果が悪く、その結果何らかの疾患が起きて病院に行って診療を受ける方に対する診療報酬は高くてもいいのではないか。あるいは、たまにしか病院に行かない人の診療報酬は安くてもいいのではないか。中医協の議論ではないかとは思いますが、このようなことも考えている。

#### 意見発表者⑧（薬剤師）

- 埼玉県内で薬局をやっており、埼玉県薬剤師会副会長ということで意見を述べさせていただく。
- 現状では、薬局の業務として処方監査、医薬品の適正使用に係る服薬指導、情報提供、疑義照会など、薬剤服用歴を活用し、患者とのコミュニケーションを図り、適切な薬学管理に取り組んでいる。今回の改定ではかかりつけ薬剤師、薬局の機能を発揮した服薬情報の一元管理をこれまで以上に推進することが求められている。現場の薬剤師としては、日常業務においてかかりつけ薬剤師として患者から選択されるように積極的に取り組むことはもちろん、多くの国民、患者にも、かかりつけ薬剤師、薬局について理解いただくことが必要と考えている。これについて、薬局ももちろん努力をするが、環境整備もお願いしたい。また、地域包括ケアシステムの一員としての役割を發揮するためにも、かかりつけ薬剤師、薬局による服薬情報の一元管理の推進、薬物療法における医療安全の一層の確保が不可欠であり、この点について適切な評価をお願いするとともに、制度の周知についてお願いしたい。
- 埼玉県薬剤師会では、昨年と一昨年、在宅の患者ではない、薬局の店頭では自分で服薬管理して飲んでいるという方を含めた患者の居宅を訪問し、薬の飲み残しの状況について調査を行った。多くの患者宅に飲み残しの薬があり、薬剤師が関与することで、飲み残しの原因を追究したり服薬の重要性を説明することでアドヒアランスが向上し、医師に情報提供することで、飲み残しの薬を有

効に活用するということが図れるということ調査した。この点についても今後点数評価等を含め適切な評価をお願いしたい。

- 後発医薬品の使用促進について、薬剤師による患者への情報提供や説明が後発医薬品に変更するきっかけになっているということが中医協の資料でも示されている。政府の使用目標値が大幅に引き上げられたことを受け、薬剤師もこれまで以上に一層の努力をしていきたい。しかしながら、現場としては備蓄医薬品の増加に伴う負担も大変であり、また、患者一人一人と向き合っているいろいろと説明をするが、これがうまくいかないと高い目標というのはクリアできない。後発医薬品のさらなる使用促進に向け、国民に対する啓発、後発品の品質や安定供給に関する懸念について環境整備をお願いしたい。
- 先日発表された改定の骨子では、調剤基本料の特例の対応として、処方箋受付回数及び調剤割合に基づく特定範囲の拡大、規模の大きい薬局グループにおける特定の医療機関に係る処方箋の調剤割合が極めて高い大型門前薬局の見直しが提示された。これについては、対象はあくまで規模の大きい薬局グループ、いわゆる大型のチェーン薬局であるべきである。ただし、中には地域の中でかかりつけ薬局として機能している薬局もあり、かかりつけ薬局またはかかりつけ薬剤師として一定の業務を行っている場合には特例からは外されるべきではないか。患者本位の医薬分業の観点から必要な措置ではないか。かかりつけ薬剤師としての業務を一定以上行っている要件の設定に当たっては、地域に密着した薬剤師、薬局の業務を適切に評価するように仕組みづくりをお願いしたい。
- 現在、薬剤師はICUやNICU、救急救命センター、手術室等の高度急性期医療を担う現場において配置が進んでいる。これにより、医師や他の医療職種との連携を図りながら、入院患者に投薬される薬剤の相互作用、投薬状況の確認、医師への処方提供などを行っている。こうした取組は医師を始め他の職種の負担軽減や医薬品の安全使用に大きく寄与すると考えており、ICU等での薬剤師の病棟業務をさらに推進し、評価を十分に行っていただきたい。

#### 意見発表者⑨（行政）

- 川口市国民健康保険課に所属しており、医療保険者の立場として、また、市として健康増進事業に携わる者としての立場から意見を述べさせていただきたい。
- 効率化、適正化を通じて制度の持続可能性を高める視点について、糖尿病などの生活習慣病重症化予防事業は人工透析などの医療費抑制に大きく寄与するものとして保険者として注力している。実際川口市の国保では毎年100人程度が人工透析に新たに移行していることもあり、国保財政上に大きな影響を及ぼしている。これまで早期に医療機関を受診することが望ましい方や治療中断者の方に受診を勧奨するなどの事業を実施していたが、今年度より埼玉県が市町村国保の共同事業として強化する中で事業を開始した。レセプトのデータから市内医療機関に糖尿病で通院している方を抽出し、かかりつけ医が生活改善に専門職の協力が必要と判断される方を選定し、現在川口では80名がその方にあわせたプログラムで面談や電話、手紙での生活指導を受けている。対象者の指導にはかかりつけ医と実際に指導する保健師、看護師との情報共有が核であると認識している。そのため、継続的な協力体制づくりが重要であり、連携に関しての整備に力を入れていただきたい。
- 後発医薬品の利用促進のため、市国保では生活習慣病で服薬中の方で後発医薬品に切りかえると月に300円以上の差額が生じる方に対し個別の案内をしており、着実に利用率は向上している。今後、後発医薬品利用促進のほか、重複投薬、過剰投薬、服薬管理などの課題に対応するため、医師、薬剤師との継続的な協力体制、連携が重要であり、保険者としても積極的な情報共有を図ることを検討していきたい。
- 地域包括ケアシステムの推進について、介護保険制度が立ち上がった際の趣旨と照らし合わせ整



理すると、改めて医療、介護の継続的なサービスの提供が重要であると感じる。川口市は医療機関、介護事業所などが充実してきている地域と認識しており、地域包括ケアシステムの構築についても着実に進んでいる。本市の17の地域包括支援センターで多職種による地域ケア会議を実施しており、その充実を図っている状況である。国保の保険者としては、現在、これまで蓄積されたレセプトデータや特定健診の結果データを活用し保健事業につなげる手立てに力を入れており、それらのデータを地域包括ケアシステムの構築においても活躍する方法がないかが検討課題と考えている。

- 患者が安心して納得してその地域で医療、介護のサービスが途切れることなく受けられるように、かかりつけ医、かかりつけ歯科医、かかりつけ薬剤師・薬局など、体制構築のための評価を強化していただくことを希望する。先に述べた重症化予防や後発医薬品の利用促進にもつながるが、在宅療養の指導や管理、服薬管理にも寄与するものとして、多職種の連携の取組を推進することにも強く賛成する。
- 川口市では自殺対策にも力を入れており、関係部署間での情報共有と課題の解決を目指し連絡会議を設置している。会議の中では自殺企図者について繰り返しが多いことが問題として挙げられている。自殺の要因の上位には健康問題が占めているが、自殺を図ってしまった後に治療を受けた患者が退院後も地域と連携して、医療側からの支援、指導を行っていることに対する評価を整備していただければと考えている。

#### 意見発表者⑩（看護師（訪問看護ステーション管理者））

- 訪問看護ステーションを運営する看護管理者として意見を述べる。1994年に開設して以降、川口市を拠点として地域の在宅医療、訪問看護を20年以上支えてきた。がん末期、小児疾患、精神疾患、認知症、難病等の広い範囲の対象者への訪問を11人のスタッフで24時間365日の体制で取り組んでいる。最近では高齢者の独居や高齢者夫婦の老老介護、夫婦ともが認知症という認認介護など、高齢化に伴って在宅での介護環境は大きく変化してきたと実感している。現状のスタッフの人員体制でもかなり忙しく、どのように夜間の緊急時に対応するか、いつも課題に感じている。訪問看護の提供体制が盤石なものになるよう、報酬制度において全体的に評価の充実をお願いしたい。
- 在宅看取りの推進について、私どものステーションは機能強化型ステーションとして、がんの末期や複数の病気をあわせ持つという難しいケースも率先して引き受け、在宅での看取りを行ってきた。機能強化型ステーションには在宅看取りや医療依存度が高い利用者の方への24時間対応などの役割が求められているが、在宅看取りは年によって看取り件数の変動が生じる。ほかの基準を全て満たし、かつ、緊急時スタッフ体制や備品や車の確保など準備態勢を保っているにもかかわらず、看取り件数が要件を満たさないために今年度は機能強化型をとれず、届出の変更を余儀なくされた。今回、在宅がん、医療総合診療料の算定を含める提案が示してあり、大変ありがたく思っているが、今後一層の在宅看取りを推進するために、看取りの変動があるという事情を踏まえ、看取り件数要件に一定の変動幅を認めることを検討いただきたい。
- 在宅での看取りには、本人や家族がどのような治療や末期の迎え方などの方針を望むか、十分に納得されて意思決定することが安心した療養生活を送れることにつながる。先日も利用者や家族から、契約時にがんの進行、それに伴う身体的苦痛や生活の変化、その時々はどう対応したらいいのかといった質問があった。利用者や家族が病気について具体的、詳細に知っていることはほとんどない。説明しつつ、人生の最終段階においてどのような選択肢を望むのか、意思決定の支援ができるのは多くの場合訪問看護師である。利用者、家族が納得できる在宅看取りを進めるために、人生の最終段階における意思決定の支援に対する評価のあり方についても検討いただきたい。
- 小児への訪問看護について、骨子では重症児童の小児訪問看護に取り組む機能強化型ステーション



ンへの評価が提案されており賛成である。小児への支援は、発達段階に応じて医療保険サービスのほか、障害者総合支援法、児童福祉法に基づく障害福祉サービスや市町村の子ども・子育て支援制度など、多方面との調整が必要になるが、小児の場合は介護保険のケアマネージャーのような調整を行う職種はない。これらの調整業務を訪問看護ステーションが担っているという現状に即し、小児の訪問看護が整備されるよう評価を充実していただきたい。

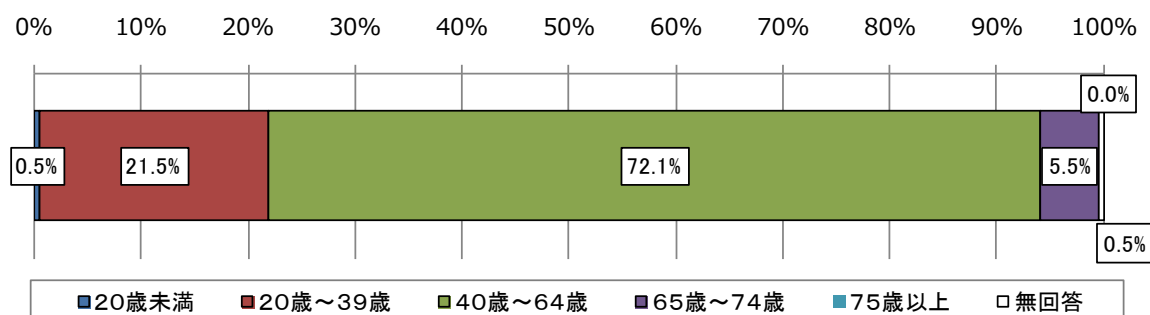
- 認知症を持つ高齢者に対する支援について、2025年、2035年の社会を見据えると、認知症を持つ高齢者が急増する。私どものステーションでは1994年より市の委託事業で認知症相談所を開設している。そのため重度の認知症の方の訪問看護の依頼も多く、積極的に受け入れて効果を上げている。最近では重度の認知症でがんの末期や、大腸がんでストーマの造設といった身体疾病を持ち、なおかつ治療による処置を必要とする認知症高齢者も増えている。このような方々でも地域で在宅療養を継続できるよう、訪問看護の体制を整える必要があると感じている。このたびの改定では、医療機関に入院中の認知症ケアに関して評価が充実する方向が示されているが、退院後の訪問看護の取組については評価がない。これでは退院した途端に認知症対応が手薄くなってしまう可能性がある。認知症は本来介護保険制度の枠組みになるかもしれないが、今後身体疾病と認知症をあわせ持つ人が急増していくことに対して、地域全体で認知症ケア体制をどのように整備していくか、診療報酬ではどのように対応していくのか、検討していただきたい。

## 5. アンケート結果

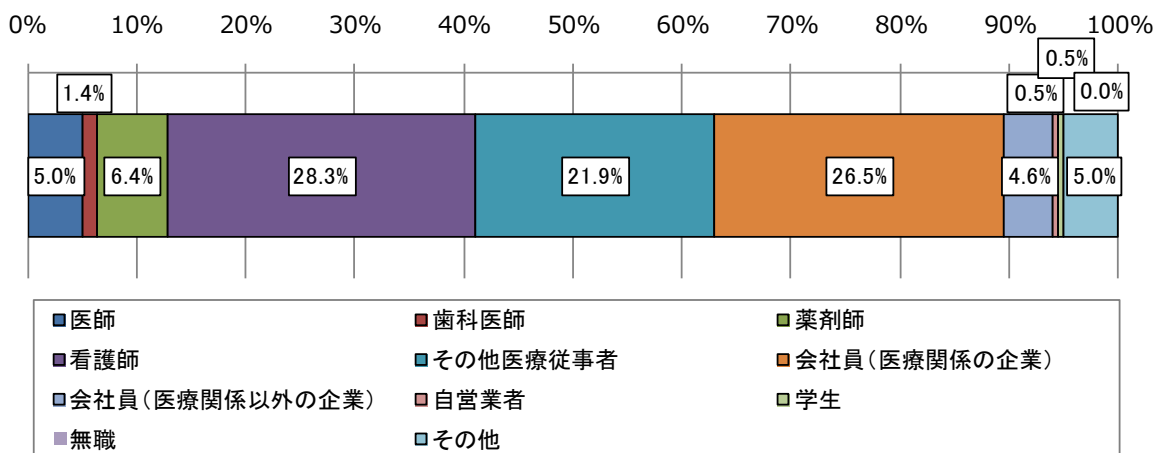
公聴会において、参加者にアンケートを実施したところ、結果は以下のとおりであった。

- (1) 回答者数  
219人

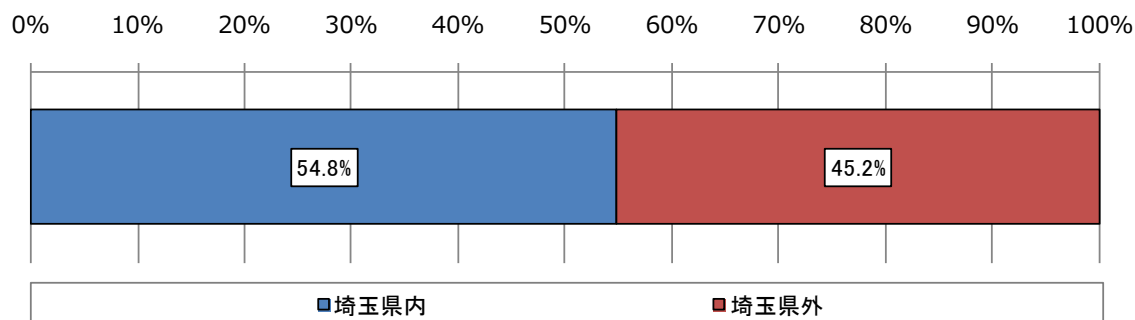
- (2) 年齢層 (n=219)



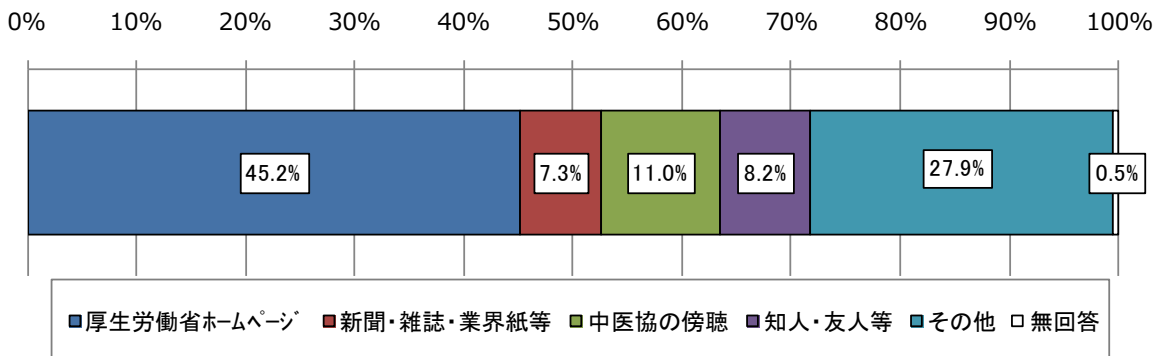
(3) 職業 (n=219)



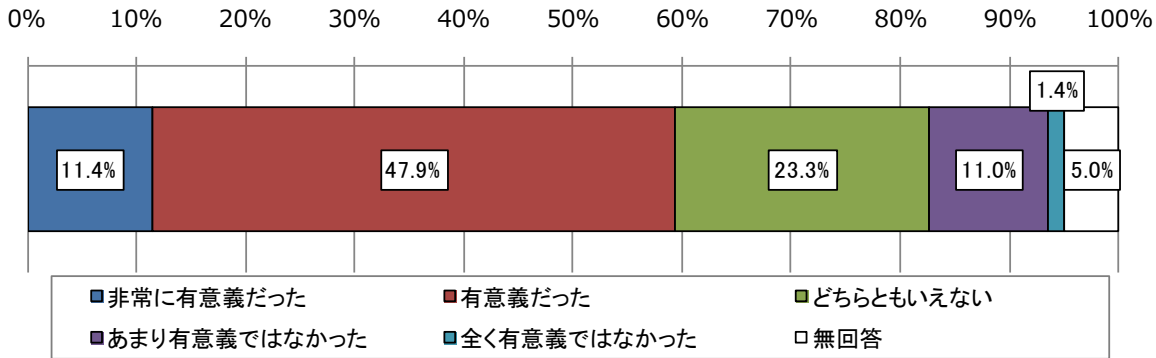
(4) 住所又は勤務先 (n=219)



(5) 公聴会を知ったきっかけ (n=219)



(6) 公聴会は有意義だったか (n=219)



(7) 平成 28 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. 地域包括ケアシステムの推進と医療機能の分化・強化、連携に関する視点

1-1. 医療機能に応じた入院医療の評価について(8件)

- 一般病棟の重症度、医療・看護必要度の重症者の割合に関する基準の見直しが適切に行われないと医療施設は急激な方向転換を強いられ、医療体制が崩壊してしまう。
- 7:1の病院で患者が十分治療できるようにベッドの削減を止めて、病院からの追い出しがないようにしてほしい。
- 今改定においては7:1の評価に重きを置いて議論が進められているが、2025年の医療提供体制を視野に入れた時、今改定が実現された時の急性期(高度急性期以外)医療はどうやって提供されるのかわからない。地域包括ケア病棟の目的について今後どうするのかをもっと明確に打ち出すべき。現実の患者をみていると、改定がマイナスとして方向付けをされると医療は現実を支えられない。改定率は経済動向とは切り離して考えるべき。国民皆保険の維持は、これまでの「平等」思想を離れて、米国のような保険払い方式との併用の道を検討するべき。
- 重症度、医療・必要度の割合。現在は基準を満たす割合が15%であるが、一気に上げるのではなく、段階的に見直してほしい。治療が低いケアが高い患者の行き場のない現状から患者への影響が大きすぎる。
- アウトカム評価は重要と思いますが、同一医療機関に急性期病床と回復期リハ病床の両方を持つ病院と回復期リハのみしかない専門病院とは評価を分けるべきではないでしょうか。同一医療機関内に急性期病床があればより重症度が高い状態でリハビリ病棟への転棟が可能です(重症な状態でリハビリ病棟に入院させられればアウトカム評価は上がります。そればかりか重症度・医療・看護必要度も取りやすい)。患者様も病棟は変わる(階が変更)が、同一医療機関内に急性期病床があり、急性期を担当していた医師がすぐ対応してくれる安心感から転棟することに納得しますが、回復期リハしかない病院への転院は、病院の管理下から一度外れ、一定の距離を移動し他院へ入院することとなり、安心することができず転院を納得してくれません。結果として、回復期リハ病棟しか持たない病院への転院は状態が少し改善した後となり(転院時点の評価が不利)、アウトカム評価の改善が低くなる上、重症度・医療・看護必要度も該当項目がなくなります(必要度について、一般病棟用を回復期リハに使用すべきなのではないでしょうか)。

- 7対1入院基本料については、病院として急性期機能をしっかり発揮しているところが算定できるようにし、機能に見合った負担となるように同基本料の要件を見直していただきたい。
- 医療機能の分化の明確化は必要と思いますが、地域性があり、市民の方々にも理解されやすい広報活動の必要性を感じます。看護必要度の25%はあり得ない数値であり、一般急性期病院、特に私立のHPは閉鎖に持ち込まれます。
- 平均在院日数の短縮は限界ではないか。患者の追い出しをこれ以上無理に進めることはできない。

1-2. チーム医療の推進、勤務環境の改善、業務効率化の取組等を通じた医療従事者の負担軽減・人材確保について(2件)

- 「看護職員の夜勤従事者を確保する観点」の人数確保が先立ち、計算方法の見直しが労働条件悪化を招く本末転倒な改正とならないことが重要です。
- 看護補助加算の見直し全般。

1-3. 地域包括ケアシステム推進のための取組の強化について(4件)

- 医療施設においては記載のものだけではなく、多くの多職種連携が行われており、それらの評価もしていただきたい。例えば、救急、外来でのがん治療など。
- 口からの栄養摂取と、歯科診療に重点が置かれていることから、口腔機能の低下を防ぎ、QOL向上に関わり、在宅患者、その家族への『調理指導』についても歯科、栄養指導をつなぐ1つとして位置づけ、評価の対象として頂きたいです。病気で身体が十分に動けない患者にとっては、特に「食事の充実」はQOLの向上に深く関わっていると思います。
- 再診料upは必須です。
- 自らの経験上、歯科が全身の健康に関係していると知りました。歯医者のみで完結するのではなく、医師等との連携、また、在宅における歯医者の活躍が現実的に進むような取組をして頂きたい。

1-4. 質の高い在宅医療・訪問看護の確保について(4件)

- 在宅医療の点数→あまり複雑にしないほしい。
- 終末期医療について。多職種を交えて意思を確認し合っているといった事項を義務化する(病院での孤独死を減らすため)。
- 在宅看取りを要件に入れないと評価ができないのはわかるが、「亡くなるのを待っているようで嫌だ」ということをDr、Nsに言われる。訪問診療の会計が1回の時と2回以上の時で点数が違いすぎて患者さんにわかりにくい。
- 訪問看護に対する評価をしていただきたい。人員不足対策についての取組もぜひお願いしたい。

1-5. 医療保険制度改革法も踏まえた外来医療の機能分化について(0件)

2. 患者にとって安心・安全で納得できる効果的・効率的で質が高い医療を実現する視点

2-1. かかりつけ医の評価、かかりつけ歯科医の評価、かかりつけ薬剤師・薬局の評価について(1件)

- かかりつけ医・薬剤師・歯科医の機能・役割について、全国で同等の範囲で連携が図られ、患者・国民が判別できるよう周知すべきではないか。

2-2. 情報通信技術 (ICT) を活用した医療連携や医療に関するデータの収集・利活用の推進について (2件)

○電子化されたお薬手帳が紙ベースと同じ評価は？患者ごとのADL・QOLを上げるためのアドバイスを現時点で紙ベースと同じでできるとは考えられない。

○地域包括ケアシステムの構築(実現)を促進するために連携運用の行為に対して手当の充実(医療と介護連携できていますか?)

2-3. 質の高いリハビリテーションの評価等、患者の早期の機能回復の推進について (4件)

○発表者にリハビリからの視点が語られていませんでした。かなり大きなインパクトのある内容だと思うのですが、応募の中にはなかったのでしょうか？評価の方法や具体的な数値の算出方法、「6単位」の妥当性について知りたいと考えております。

○①回リハアウトカム評価にて「一定の水準に達しない～」についての根拠を、3～6単位提供と6単位超の比較で示しているが、医療機関の水準を問うのではなく、患者の体力・能力について考え、6単位で頭打ちと考えるのであれば1単位当たりの点数を上げるべきでは・・・？②回リハ病棟の亜急性期化(※A項目など)は致し方ないが、回リハ単体の病院経営が成り立たなくなる(再発、急変対応が困難)。民間病院の健全経営は必要ないのだろうか・・・？

○ICU、SCU等への人員配置や早期の離床と効果などへの配慮や方向性が示されるとありがたい。

○回復期が1日何単位もの個別リハを行うことに本当は効果があるのか？患者の多くは「リハビリを行っている自分」に安心しているだけではないのか？障害が改善されない、生活再建の目途が立たない患者の多くは老健に来る。しかし、老健は1日1単位しか(3か月以内)算定できず、回復期も同じようなものを求められても困る。

2-4. 明細書無料発行の推進について (0件)

3. 重点的な対応が求められる医療分野を充実する視点

3-1. 緩和ケアを含む質の高いがん医療の評価について (2件)

○がん医療においては積極的治療期からの緩和ケアが叫ばれていますが、実際の現場では、入院期間の短縮に伴う患者とのコミュニケーション・関係性の希薄化、マンパワー不足などのため、Ns各自が自己の時間を犠牲にして実施している現状です。そこに対する評価として、がん患者指導料加算算定要件の幅を広げていただきたい。外来や病棟で実際行っている意思決定支援やスピリチュアルへの加算について検討をお願いします。もっと看護職側の意見交換がこの場でされることを望みます(看護協会で委員として参加されているのであればその観点で質問してほしかったです)。

○化学療法を入院で行う方が外来で行うよりも収益性が高いと多くの医師から聞いています。このため、外来移行できる患者さんを敢えて入院させるケースもあると聞いています。外来への移行を推進することが、今後やはり重要であるという、医療費削減の方向付けのためにもぜひ評価にて誘導いただきたいと思えます。

3-2. 「認知症施策推進総合戦略」を踏まえた認知症患者への適切な医療の評価について (3件)

○認知症患者については高齢者が多く、様々な疾患を抱えており、多種の薬を服用していることが想定される。また、周辺症状(BPSD)に対する薬物療法も行われるため、多職種チームに薬剤師は必要である。

○認知症患者の服薬指導、服薬支援等に対する薬剤師の役割は非常に大きい。認知症チームに薬剤師が参加して活躍できる体制を構築していただきたい。

○現場で日々感じること。現状で認知症高齢者に対する入院中の報酬において重点的な対応が求められるとされており、期待いたしております。安全を守り治療を受けていただき回復していただく過程において、現場での職員は日々頑張っています。認知症にプラスして統合失調症などの精神疾患を持ち、消化器の手術や肺炎などの疾患を発症し入院を必要とされる患者様の入院中の安全を確保する面での看護力はとても大変であり、しっかりと評価していただければと考えるところであります。精神疾患があることで入院相談があった際、断られてしまうケースも正直ある。受入対応での報酬評価をお願いします。

### 3-3. 地域移行・地域生活支援の充実を含めた質の高い精神医療の評価について(2件)

○当院では精神科疾患を持ち自殺企図などで多発骨折後回復期リハビリテーション病棟に入院させる方が42床中約半数いらっしゃいますが、かなり遠方(多摩地域・千葉など)からの入院依頼も多く、地域(在宅)復帰に向けて支援していますが、家族関係の困難性を抱える方も多く、かなり細やかな支援が求められ実施して頑張っています。できるだけ地域で支援できる環境整備と適正な評価をお願いしたいです。

○地域移行を推進する観点からはデイケアの適正化は逆行するのではないかと。反対。

### 3-4. 難病法の施行を踏まえた難病患者への適切な医療の評価について(0件)

### 3-5. 小児医療、周産期医療の充実、高齢者の増加を踏まえた救急医療の充実について(1件)

○重症児の在宅医療の充実のためには短期入所サービスの充実は必須である。医療型障害児入所施設においても超重症児等医療度の高い短期入所利用児が増加している。小児入院管理料と障害者等入院基本料算定施設との間に報酬上の大きな乖離が生じないよう、障害者等入院基本等算定施設においても重症児の重症度に応じた手厚い評価をお願いしたい。

### 3-6. 口腔疾患の重症化予防・口腔機能低下への対応、生活の質に配慮した歯科医療の推進について(2件)

○①歯科疾患管理料の評価に当たっては、管理と文書提供は分けて評価いただきたい。そもそも歯科の疾病は治療すればいいわけではなく患者に疾病の原因となる生活習慣やセルフケアの問題に気づいてもらい、その改善に向けた意欲を持ってもらうことが必要だ。また、患者は丁寧な説明を望んでおり、これを評価して歯管はきちんと評価されるべきだ。そのうえで、歯科医師が必要と考えれば、文書提供するが、そこは管理料と別に評価されるのが適切な評価だ。②マイクロスコープとCTを用いた根管治療について。中医協で示されたマイクロスコープなどを用いた4根管などの治療の評価をしたと思うが、これらの治療はマイクロスコープかCTを用いないとできないわけではない。4根管等の治療とマイクロスコープなどを用いたことへの評価は分けて行うべきだ。

○①国民の健康、既に疾患を抱え生活する人々にとって歯科診療は重要であると考えます。患者を支えより良い生活を送れるようサポートする医療者としても必要であり、かかりつけ医という考えは大きいと思います。②在宅への移行の中での支援も今後多くの検討をしてほしいと思います(介護となるかもしれませんが)。

### 3-7. かかりつけ薬剤師・薬局による薬学管理や在宅医療等への貢献度による評価・適正化について(3件)

○考え方は理解できるが、A薬局、B薬局ともに今のように門前に続けてかかっている場合も結局新患のみ高いだけということになりかねないので効果ある方法を検討してほしい。

○かかりつけ薬剤師も、医師の制度と同じように紹介制などを導入して町の薬剤師が対応できない場合は

大学病院等の周囲の薬剤師に紹介してプライオリティをつけたらよいのでは？全ての薬局が同じものを目標にしなくてもよいと思います。

- お薬手帳の有無で調剤点数が異なることで普段は薬を服用していない患者への無理やり配布しようとする感があります。受け取らないと感じの悪い薬局もあります。手帳の有無ではなく、服薬指導に対してのみ点数算定をすべきではないか（患者に服薬指導を受けた印にサインをさせれば手帳の配布をした代わりになる）。

### 3-8. 医薬品、医療機器、検査等におけるイノベーションや医療技術の適切な評価について(5件)

- 遺伝子検査について。次世代シーケンサー等を用いた場合の評価について。
- 衛生検査所との連携とはおそらくテレパソを推測させるが、画像による標本写真も含まれるのか？また、複数の常勤医師による鏡検とあるが、日本で2,000弱の病理医で、病院に2名以上の病理医の確保が非常に困難。
- CT、MRI、PETの共同利用を高めることは大変評価できることです。画像診断をしっかりすることで必要のない手術等の無駄な医療費が削減できます。特にPETによる認知症、アルツハイマー病、心疾患の診断は精度の高いものですので、評価していただき保険適用等をお願いいたします。
- 無菌製剤処理料1の閉鎖式器具を用いる場合(150点)の対象薬剤を腫瘍用薬を幅広く含めていただきたい。
- 病理学的検査から病理診断に移行する際にコマーシャルラボの中抜きをなくす必要があると考えます。2018年以降に病理診断科からの診療報酬直接請求を実現(検討)のために2016年資料からもご考慮いただきたいと思います。

### 3-9. DPCに基づく急性期医療の適切な評価について(0件)

## 4. 効率化・適正化を通じて制度の持続可能性を高める視点

### 4-1. 後発医薬品の使用促進・価格適正化、長期収載品の評価の仕組みの検討(6件)

- 新規後発医薬品について、注射薬が先発品の100分の50を乗じた額となりましたが、前回のかい離率(注射薬)だけではなく、過去のデータも合わせて判断していくべき。既収載品でも判断すべき。
- GEについてはもっと安くし、新薬については手厚くすることで研究促進、海外のようになると考えられる。C肝治療薬を狙い打ちした制度は不要である。
- 先発医薬品について後発医薬品に変更不可とする場合にも処方せんにその理由を記載することとしてほしい。また、「患者の意向」で変更できないケースとして小児や特定疾患等、負担金がゼロの場合、後発品への変更のメリットを説明しにくい。
- GE促進 環境整備が不可欠。変更不可処方対応。
- 後発品使用促進において目標達成には点数だけでなく、後発品の安定供給、品質、Drの後発品への意識改革、国の後発品の、国民への啓発が最も必要なのではないかな。
- 調剤基本料、体制加算等政策誘導的報酬を国民が負担するのは納得できない。

### 4-2. 退院支援等の取組による在宅復帰の推進(1件)

- 退院支援職員については専従でなければならないのか。職種に決まりはあるのか。加算がとれるのか。



#### 4-3. 残薬や重複投薬、不適切な多剤投薬・長期投薬を減らすための取組など医薬品の適正使用の推進(2件)

○残薬確認について、過去2回の改定で触れられているが、もっと踏み込んだ施策が必要だと考えます。熱心に取り組んでいる薬局・薬剤師に対する評価をもっとよいたと思います。

○本日、ご意見をされた薬局代表の方が裁量権を拡大してほしいとの表現がありました。次回改定では残薬に伴う回数調整がスムーズに行われるよう議論されていますが、その先には剤形変更や規格変更、一包化などについても同様のスキームで行われるよう検討することが必要ではないでしょうか。

#### 4-4. 患者本位の医薬分業を実現するための調剤報酬の見直し(2件)

○大規模チェーンは効率化等を図って企業として利益を出している。企業努力を評価していないのは不思議と思われる。

○調剤報酬一包化加算に関して機械の導入によって効率化されたことを根拠とした算定点数減については薬局の(一包化の)実情を正しく反映したものでなく、見直し、ご一考願います。

#### 4-5. 重症化予防の取組の推進(0件)

#### 4-6. 医薬品、医療機器、検査等の適正な評価(4件)

○①「食品である経腸栄養用製品のみ」とありますが、その製品とその他の製品の区分はどのようなものでしょう。例えば、牛乳を経管投与した場合は適用されるのでしょうか。また「～のみ」とあることから混ぜ物をしたり(例えばココア粉末)した場合は除外されるのでしょうか。提案として投与エネルギーの〇〇%を超えて経管投与した場合等にはいかがでしょうか。②介護保険との均衡を図る観点からも次回同時改定時に持ち越してはいかがでしょうか。③本日のご意見にありました「健康診断結果による医療保険費負担を変える」という件について賛成です。健康維持を進める上で効率的であると考えます。また、公平な負担という観点からも日々の健康管理にインセンティブがあるべきです。

○食品の経腸栄養製品には、糖尿病また腎臓病等の患者さんの病態に配慮したものがあり、通常の成分に加えて付加価値の高い原材料を加えることが多く、それゆえ、価格コストが上昇している。この上昇分を特別食加算で賄うことがあるため、特別食加算の見直しには反対する。

○消費税を含んでいる薬価ですが、税別での価格とし外税にしてほしい。

○入院時食事療養費の削減は決して関係学会や患者に対していい方向にはいかないと思います。これからますます重要になる栄養療法に水をかけることとなります。むしろ、それ以外のあまり必要でない部分での医療費削減が重要だと思います。

#### 5. その他(17件)

○発表者でした。もう少し時間が欲しい！！

○①患者にとっては、院内処方の方がベターである。わざわざ別の場所へ移動する必要がない。かかりつけ薬剤師(薬局ではない)推進であれば院内の看護師、医師とも連携がやりやすく、薬剤師の裁量権も広がる。②後発品促進の大きなインセンティブには、後発品発売(薬価収載)された、先発医薬品を保険非適用にする。そうすれば後発品を皆使用することになる。③医療費総額負担抑制には、1人当たり適用される保険者からの負担額の上限を設定し、不必要な医療は自由診療(例えば75歳以上の弁置換やバイパス(CABG)は自由診療とする)にすればよい。この会場にいる人全員、医療現場スタッフは医療費財源が厳しいことは知っている。大胆に、抜本的に行わないと将来に向けた制度持続は困難である。

○救急医療管理加算について算定条件の拡大。算定条件の明確化を希望します。例として、条件の中の

- 手術を必要とする場合がありますが、現状、緊急手術を施行している場合でも、重篤患者及び準ずる患者として認められない場合があります。特に整形外科(骨折観血的手術)に多くみられます。全体的には通知の明確化をご検討願います。
- 公的(病院経営)、急性期医療、7:1、救急医療、高度急性期、混合診療についてももう少し詳しく話してほしかった。
  - ①地域包括ケアシステムの促進策が不十分と考える。②多職種連携の具体的な評価が見えていない。
  - 良い学びができました。ただ貴重な時間をさいての聴講のほずであるが、声が不明瞭だったり、解りづらい点や、室温が高く、良い環境としないのは残念です。もったいなく思います。
  - 薬局評価に大規模チェーン、大型門前の特例評価について、患者へのサービスが評価されるべき。規模に関わるべきではない。
  - 現場から様々な意見が出たが、今回の診療報酬改定に採用されたかどうかを知るのは文言から？意見者へのリターンが大事だと思う。
  - 特例再算定について 今回対象となった品目について、ハーボニーやソバルティ等は費用対効果評価を行うと「良い」との結果が出ると聞いていますが、それなのに今回引き下げるのは、現在費用対効果評価専門委員会で議論していることと逆行していると感じます。また、アバスチンは当局から開発要請を受けて適応拡大した結果、売上が伸びたと聞いていますが、それで引下げとは減茶苦茶です。いずれも安倍政権が言っている「イノベーションの促進」に逆行していると思います。
  - 7:1と10:1の点数の差を少なくすれば10:1への移行が進むのでは。
  - 質疑がセレモニー的な印象を受けた。
  - 回数が1回では公聴会として意見がないのでは！各地方(全県)にて開かれるべきと感じます。
  - 7対1要件の医療・看護必要度・新しい評価基準での25%は高すぎる！！
  - もう1時間ほど時間を設けて全項目についての意見交換をしてほしかった。例えばリハビリ関すること等。DPCなども病院における認知症Ptに関する事等も今後検討してほしい。
  - 時間を限ってもよいが、発言者と委員のdiscussionがあってもよいのではないか。
  - 7:1重症度・医療・看護必要度について 評価内容を見直しされる現状の中、%の値が高くなる可能性が高いが現場での評価される内容が忙しさと見合わない。現場スタッフは医師も看護師も疲弊している。評価と現状について考えていかないとスタッフの減少につながっていく。
  - 病理は約50%が外注され病理学的検査結果を臨床医が判断している現状があります。この場合は病理医が患者から見えず、責任が不明確になっております。保険医療機関間の連携による病理診断について、標本受取側医療機関が診療報酬請求できるように検討をお願いいたします。病理医技術料評価が病理医に届かない事態を回避するため、臨床検査技師等に関する法律にある病理学的検査から病理医業務を分離する等が必要と考えます。