

中央社会保険医療協議会総会（公聴会）の概要

平成30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30年1月19日（金）13時00分～15時00分

2. 開催日時

千葉県千葉市 東京ベイ幕張ホール2階

3. 参加者

約490名（うち、意見発表者10名）

（※参考：平成28年度 約470名、平成26年度 約320名）

4. 意見発表の主な内容

意見発表者①（男性・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。健康保険組合は、高齢化、医療の高度化等の要因に伴う医療費の伸びや高齢者医療制度に対する拠出金の増大などによって、財政状況は極めて深刻である。
- 直近の平成29年度健康保険組合予算集計によると、健保組合全体で3,024億円もの経常赤字となっており、赤字組合は全健保組合の7割を超えている。千葉県内の35の健康保険組合においても、約8割、27組合が赤字となっている。
- 高齢化がピークを迎える2025年を見据える中で、高齢者医療費の負担構造改革や、さまざまな医療費適正化政策について大きな見直しを進めていかない限り、将来にわたって国民皆保険制度を堅持していくことは難しいと言わざるを得ない。
- 昨年末に決定された平成30年度の診療報酬本体の改定率がプラスになったことは非常に残念で、遺憾である。
- 地域医療構想を踏まえた病床機能の分化・連携について、時代の変化に伴い、国民が認める医療のあり方も大きく変化していく中で、地域医療構想に沿っていわゆる病床機能の分化・連携を確実に進め、都心部、地方、へき地など、各地域において求められる医療が過不足なく効率的に国民へと提供される体制がより一層求められている。次期診療報酬改定は、国民が真に必要とする医療提供体制の構築に向けて、保険料などの貴重な財源、また、医師、看護師といった限られた人材が最大限に有効活用されるような報酬体系を実現していただきたい。

- 在宅医療について、今後は医療・介護、地域支援等が切れ目なく提供されることが一層重要とされてきている。特に今後、需要の大幅な拡大が見込まれる在宅医療や介護について、国民の多様なニーズのもとで円滑な提供が図れるよう体制整備をお願いしたい。
- 多死社会を迎えるに当たり、これまで医療機関が中心に行ってきた看取りのあり方についても、国全体として改めて考えていく必要がある。今後の施策として患者本人に対して、本人が望む人生の最終段階における治療や看取りの場所について、事前の意思確認の実施が促進されるような仕組みづくりを進めていただきたい。
- 生活習慣病の重症化予防について、生活習慣病を抱える働き盛り世代の重症化予防を防ぐ取組が一層求められると考えている。この中で医師と保険者と行政などが連携し、患者が継続的な治療から脱落しないような体制整備を図っていかねばいけないと考えている。
- 遠隔診療の推進に向けた検討についても、ICT化時代に合ったツールの活用も図りつつ、より効率的な医療の提供が促進されるよう進めていただきたい。

意見発表者②（男性・クリニック院長）

- かかりつけ医機能を有する医療機関の初診を評価することが検討されているが、かかりつけ医機能を評価した現在の地域包括診療加算や地域包括診療料ですら、医療機関、医師の負担が大きく算定が広がっていない。
- 医療従事者の働き方を改革する診療報酬の改定が検討されているが、診療所のかかりつけ医機能の負担軽減に着目した項目が見受けられない。地域包括ケアシステムの構築に当たっては、患者さんの身近で寄り添うかかりつけ医が重要な役割を果たすので、診療報酬でかかりつけ医を後押ししていただきたい。
- 遠隔診療は対面診療の補完であると考えている。ICTの進歩は目覚ましいものがあるが、利便性だけが取り上げられ、安全性や有効性を無視すれば患者さんの不利益となる。安全性、有効性のエビデンスを積み上げていくべきであり、安易に診療報酬で手当することは問題と考えている。
- 医療機関と薬局の連携による医薬品の適正使用を進めるために、長期処方や残薬に関する疑義照会について、その取扱いを見直すことになっている。前回改定で30日を超える処方の取扱いが明確化されたが、患者さんの要望もあり、長期処方に歯どめがかかっている。長期処方によって症状が悪化するケースもあり、管理できなければ残薬にもつながる。長期処方を是正すべく、さらなる対応をしていきたい。
- 透析医療機関における医療廃棄物処理費用について、透析医療機関が排出する感染性廃棄物の量は膨大である。廃棄物処理法が改正されてからは、ほぼ全てが処理委託業者への委託となっているため、処理委託費用が上昇しており、診療報酬に反映することが必要と考える。
- 診療所の再診料は平成22年度改定の際、病院との統一を理由に71点から69点に2点引き下げられ、平成26年度改定では消費税率8%への引き上げに伴う対応として3点の補填がなされた。しかし、平成22年度の2点は依然として引き下げられたままであり、地域包括ケアシ

ステムのかなめである診療所の再診料は、平成22年度改定の水準に戻すことが必要と考えている。

意見発表者③（男性・労働組合）

- 診療報酬改定に関し、保険料を支払う被保険者、患者の立場で4つの視点から意見を述べる。
- 公的医療保険の持続可能性の確保という視点から意見を述べる。私たち働く者が加入する被用者保険は、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、医療制度の支え手である。毎年医療費が増加し続ける中で保険料の負担感は決して無視できない。そのため医療機関の機能の分化と連携の強化、急性期後の受け皿となる病床との役割分担と連携あるいは在宅医療の充実、多剤・重複投薬の是正等を通じて医療をさらに効率化・適正化することが何より大切で、患者、被保険者が納得できる医療の提供を実現する診療報酬改定としていただくよう要望する。
- 公平な医療アクセスの確保という視点から意見を述べる。千葉県の人口10万人当たり医療機関や病床数、医師、看護師の人数は全国でも特に少ない上、病院や医師の偏在が大きい地域である。県内の比較でも例えば脳血管疾患の標準化死亡比で言えば、県東部や南部の多くの地域で100を上回っているのが実態である。同じ保険料を支払っている患者が等しく医療にアクセスできるよう、限られた医療資源を効率的に活用、運用することが重要であり、こうした視点に配慮した診療報酬としていただきたい。
- 医療のさらなる透明化という視点から意見を述べる。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、患者と医師のように強固な信頼関係を構築することにつながる。連合が実施し、昨年12月6日に公表したモニター調査では、65歳から74歳では約4人に3人が診療明細書を活用していると回答し、診療明細書を活用していると答えた人のうち、約5割は常勤医師が高齢の場合でも例外なく無料発行すべきと厳しい目を向けていることがわかった。明細書を見ても内容がよくわからない、処分に困るといった声があることは承知しているが、医療費は被保険者や企業という拠出者のお金で賄われており、これをみんなで使っているということからすれば、興味がないで済ませるべきものではない。患者啓発ということとあわせ、診療明細の発行は患者の求めによらずとも無償で確実に受け取るものとなるまで、対象を拡大すべきと考える。
- 診療を受けながら働き続けられる環境整備という視点で意見を述べる。家計、生計を維持していくために、治療と仕事を両立できる環境整備が非常に重要である。医師を初めとする医療提供者の皆様には、これまで以上に患者の生活へも目を向けていただきたい。その上で患者が主体となり、産業医や主治医が連携することで患者が治療と仕事を両立できるように支える仕組みを、診療報酬でも後押ししていただきたい。

意見発表者④（男性・病院理事長）

- 多くの病院が公私を問わず、経営危機にあり、基本的に病院が経営できる診療報酬の設定が必要である。
- 急性期の患者にあっては病状が大きく変化し、重症度、医療・看護必要度の患者割合25%以上は、平均して極めて高度な医学的管理が必要な水準である。実績部分の評価でこの要件を引き上げることのないよう、強く要望する。
- 中医協の医療経済実態調査によると、民間、公的病院では7対1病院の赤字が最も大きいという結果が出ている。7対1削減ありきで議論が進んでいるようにも見受けられるが、地域の急性期医療が崩壊しないよう十分な手当をすべきと考える。
- 地域包括ケア病棟入院料については、地域包括ケアシステムの構築に向け在宅医療、介護サービスの提供が評価されることは望ましい方向だと考えている。一方、地域包括ケア病棟は、当初は病棟数が少ない中小病院の届け出を想定していたが、実際は大規模急性期病院の参入が相次いでおり、前回改定で500床以上または集中治療室等を持つ病院では、地域包括ケア病棟入院料は1病棟しか届け出ができないことになったが、当初の理念に立ち返り地域医療を支える中小病院の評価にすべきと考えている。
- 医療安全について述べる。多くの病院で行われている医療安全に対する算定点数が余りにも低過ぎる。マニュアルの作成や日ごろから院内で実施されている各種医療安全対策について、医師、看護師などの医療従事者の労力や費用の多くが投入されていることに対しての対価が感じられない。院内で医療安全に対する基準が厳しくなるにつれて、さまざまな対応が今後も求められるのであれば、算定基準や評価水準の見直しを考えていただきたい。

意見発表者⑤（男性・行政）

- 市町村国保は、国民皆保険制度を支える最後の砦として、保険制度改革の最前線に位置している。その中で地域住民の健康づくりの基盤となる保健事業は、保険制度の安定性、持続可能性を確保するために今後より一層の事業拡大、推進が必要不可欠なものであると痛感している。平成30年度診療報酬改定の基本方針の中で重点課題として、地域包括ケアの構築と医療機能の分化・強化、連携の推進、その具体的方向性の例、また、将来を見据えた課題の中で、医療機関、保険者、地域公共団体等、関係主体が連携し、生活習慣病の発症または重症化の予防に向けた取組を推進することが求められている。
- 船橋市の保健事業では、訪問や電話により食生活をお聞きし、保健指導を実施しているが、保健指導の担当者からは対象者は問題意識が薄く、危機感のない方もいて、行動変容を促すには行政側の取組だけでは厳しいと聞いている。市民の方が安心して生活を送るためには医療機関との連携が不可欠であり、健診を受けた市民の方が身近な医療機関での指導を受けることの体制整備に努めている。
- 国でも糖尿病性腎症重症化予防に取り組んでいるという方針が掲げられ、また、千葉県でも糖尿病性腎症重症化プログラムが策定された。船橋においても今年度も糖尿病連携手帳を

かかりつけ医と対象者、行政等の連絡ツールとして活用する取組を開始しており、保健行政の取組や医療機関と連携強化により、さらに数倍の効果となっていくことを期待している。

意見発表者⑥（男性・医院院長）

- 地域包括ケアシステムの構築が、今回の改定において重点項目と考えている。歯科が地域におけるこのシステムに参加することにより、病院だけではなく介護施設や地域包括支援センター、行政等との連携がスムーズに図れることになり、患者さんにより安心安全な歯科医療の提供ができるようになる。
- 平成28年度診療報酬改定において、かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所という施設基準が新設された。診療所完結医療から地域完結型医療への転換という観点で診療所から外へ出た地域医療への貢献、例えば1歳半、3歳児、学校、成人等の健診または母親学級、学校施設、行政等での保健指導などの評価をこの施設基準に入れて、かかりつけ歯科医機能を地域住民にわかりやすいものにしていただきたい。
- また、この施設基準に歯科衛生士の条件があるが、千葉県では歯科衛生士の需給問題が深刻である。歯科衛生士学校の不足もあり雇用が大変厳しい状況である。診療所に勤務していない行政等の歯科衛生士と連携をとることも条件に加えることにより、歯科衛生士不足による地域の医療格差の是正になるのではないか。
- 地域包括ケアシステムで、例えば病院に入院している患者さんが退院して自宅もしくは施設に戻り、歯科の訪問診療が必要な場合、退院時共同指導、介護支援連携指導があるが、私の地域ではがん拠点病院がない。車で1時間かけて退院前に病院に行きカンファレンスに参加する必要がある。例えば地域医療連携パスのように書類等を使った現実的に可能な連携等を希望したい。
- 前回の改定でリスクの高い患者さんに対してバイタルサインのモニタリングが評価されたが、施設基準で常勤の歯科衛生士が条件となっているため、歯科衛生士がいない診療所では評価されない点について見直しをお願いしたい。
- 冠やブリッジ等に使用する金属価格の問題であるが、半年ごとに価格の見直しをすることについて、投機性があり価格変動が激しいものを保険材料とすることはいかがなものか。また、金属アレルギーの患者さんも増え、がんの放射線治療においても口腔内の金属が問題となることがある。CAD/CAM冠という新しい技術、材料が保険適用になった現状もあるため、今後はメタルフリーの方向で進めていただきたい。

意見発表者⑦（男性・中小企業）

- 医療費は国が全て負担することが基本。
- 政府の来年度予算の中身が薬頼みとを感じるが、診療報酬改定を含めて是としている。
- 遠隔診療につきまして、中医協で頑張っってぜひ推進していただきたい。
- 高齢化社会対策大綱案、高齢化社会の到来、医療、介護についてのいろいろな施策や目標

は大いに評価、是としたい。しかし、5年ごとの見直しは、現在の社会のスピードから言う
と5年は時間をかけ過ぎである。3年に縮めても良いのではと考えている。

- 政府は賃上げをとということで経済諸団体を初め、安倍総理を筆頭に話されているが、私た
ちのところにはその原資がない。無理をして賃金アップをしても、今度は従業員、経営者と
もに社会保険料がアップして、保険料の負担がのしかかってくる。こういう大変厳しい経営
の中で、医療費のアップについては是という話とまた別の身近な部分である。
- 2025年、国民総医療費が61兆を超えるというような報道もあり、我々小企業がどう対応し
てよいのか、国民皆保険をどうやって維持していくのか。
- 国民皆保険は世界に誇るものだからとても大事にしたい。

意見発表者⑧（男性・薬剤師）

- 地域に密着した薬局をやっている。開局薬剤師の立場から4点ほど意見を述べる。
- 1点目は、かかりつけ薬剤師について意見を述べる。かかりつけ薬剤師の制度は、薬剤師
としては今まで当たり前患者さんのためにやってきたことを評価していただいたと考えて
いる。薬剤師が地域に密着し、健康をサポートしていくことが本来の薬局のあるべき姿で
ある。かかりつけ医と連携して、残っている薬の調整も、その対応も可能となる。地域の方
を、薬を通して、生まれてから亡くなるまで、予防から治療、療養までを診ていくことが薬
剤師の役目だと思っている。この制度の正しい理解と十分な浸透がされるようお願いした
い。
- 2点目は、訪問薬剤師について意見を述べる。私どもの薬局は20年前から在宅訪問をして
おり、患者様のお宅へ伺うことでさまざまな環境や薬の管理が一目で見え、管理指導を行え
る環境である。ポリファーマシー、残薬も見え、その状況を訪問医と一緒に解決してきた。
また、無菌室を備え、輸液の混注やモルヒネの充填も行っていますが、その需要が増えてい
る。退院時カンファが十分に開催されていない現状の中で、さまざまな病院から多岐にわた
る薬品やデバイスが指定される。在庫の問題もあるが、在宅と入院との違いを理解して
いただくための連携も必要なのではないか。入院が機能分化されていく中で、病棟薬剤師の病棟
業務が進んでいる。連携によって患者さんの情報共有することが、非常に重要な問題だと考
えている。
- その一方で、外来の多様化に伴い医療機関と保険薬局が連携して患者様の入退院における
服薬情報を共有することで、副作用の早期発見、重篤化防止を行っていくことも重要な課題
ではないか。入院から在宅へ、在宅から入院へ薬を通して切れ目のない連携を構築していく
必要がある。在宅の適切な評価とさまざまな病棟薬剤師の業務の評価もしていただきたい。
- 私の薬局では訪問依頼があったら、断ることはしない方針でやってきた。今年の年末年始
は緊急訪問の依頼が頻繁にあり、その対応に明け暮れました。地域の医師、歯科医師、薬剤
師が連携して訪問診療ができることが大切で、その整備ができればと考えている。
- 3点目は、後発医薬品について意見を述べる。目標の80%に私どもも近づこうと努力して

いるが、1つの店舗では在庫数が2,500を超えている。それによる調剤過誤等のリスク管理のために負担が増えている。目標を達成するためには薬局だけではなく、行政や保険者の皆様の協力が必要で、啓蒙運動とともに連携してやっていきたい。

- 4点目は、地域包括ケアにおける薬剤師の役割について意見を述べる。高齢化が進み、私どもの地域では老老介護、認知症介護、独居老人がふえ、そのサポートしてきたが、安心して地域で暮らしていくためには行政を含め、多職種連携、地域包括ケアが大事である。薬剤師に関しては名前が入っているが、まだまだ活躍の場がないのが現状である。薬剤師が地域包括ケアを担う一員としての役割を發揮するために、教育や業務の理解が必要である。薬剤師も薬学が6年制になって優秀な若い薬剤師が業務を牽引している。その能力を十分に發揮できるような制度にしていきたい。
- 高齢者の大半が薬剤を服用して元気に暮らしている。その薬剤情報を検証し、適切な供給をするためにも、薬剤師の地域包括ケアへの参加は必須である。また、医師、歯科医師、薬剤師などが患者様一人にチームとして療養に当たり、そこに成果があったならば、そのチームを評価することも地域包括を進めていく上で重要なことではないか。人生100年の時代を迎え、医療・介護にかかわる皆様が互いを尊重し、協力して保険診療に当たるのが今、一番重要だろうと考えている。

意見発表者⑨（女性・患者代表）

- がんや慢性疾患、難病など様々な疾患や障害のある方からの声を踏まえ、3点意見を述べる。
- 保険適用後の患者への影響の実態把握をお願いしたい。保険適用後に患者が振り回されるということが起きている。例えば昨年、保険適用された血糖測定器のリブレについて、それまで自費で使用してきた患者はやっと保険適用され喜んだが、病院では逆ざやになるとの理由で取り扱ってもらえず、仕方なく別のところで自費購入したり、経済的な理由から使用を諦めざるを得なくなったりして、多くの患者仲間が困惑している。患者にとって必要な医療が適切に届くよう、保険適用後の状況について多面的、かつ、継続的な実態把握をお願いしたい。
- 患者の治療と仕事の両立を多職種の医療チームで支えていただきたい。主治医と産業医の連携だけでなく、看護師や医療ソーシャルワーカーなど多職種による支援体制によって患者の生活を支えていただきたい。なぜなら治療と仕事を継続していく上で生じる課題は、治療と仕事そのものだけでなく、生活上のさまざまな変化が複合的に困難を生み出すからである。医師だけでなく多職種が活躍しやすい診療報酬体系にすることが、患者への手厚い支援につながるかと考えている。
- 両立支援に当たっては疾患を限定しないということも大切と考えている。がん患者だけでなく慢性疾患や難病の患者も、適切な病状管理と職場環境によって長く就労を継続することが可能になる。疾患名で限定しない公平な対応を望む。

- 長く元気に働ける患者がふえるということは、社会参加の喜びを味わい、納税する国民がふえるということである。私たちの社会を限られた人の働きに頼って支えるものにするのではなく、みんなが力を持ち寄って支え合えるよう、診療報酬でも後押ししていただきたい。
- 患者を中心としたチーム医療による医療安全の実現ということについて。診療明細書については、私が通院する病院でも無償で発行されるようになった。診療明細書というのは自分の受けた医療の全てが記載されているものであり、蓄積することで将来に役立つ大切なものである。これまで病気とつき合ってきた経験から、患者自身が自分の受ける医療を知り、治療に参加し、医療者とパートナーシップを築くことの大切さを実感している。患者が診療明細書を能動的に活用することが情報共有を実現し、真の医療安全につながるのではないか。そのためにはまずはその意義を理解することが第一歩となる。中医協委員の皆様には、広く国民が理解するための機会を確保していただくとともに、全ての患者が無条件で診療明細書を受け取ることができる環境をつくっていただきたい。

意見発表者⑩（女性・訪問看護ステーション管理者）

- 訪問看護ステーションの管理者の立場から意見を述べる。
- 訪問看護の質と量の充実について。当ステーションではスタッフの教育に力を入れており、個々の看護職のキャリアアップに向け、内部、外部問わず研修を受講できるよう支援している。在宅医療も日々変わっていくので、最新かつ高度な医療に対応できるよう、認定看護師や専門看護師と最新の知識や技術について情報交換し、利用者への質の高いケアの提供や訪問看護のスキルアップにつなげている。既存の褥瘡、緩和ケアの認定看護師の在宅支援に加え、その他の認定看護師の拡大も期待している。例えば摂食嚥下は、食べることは生きることと直結している。がん末期の方など、最期まで食べたい、食べさせたいと望む利用者、家族が多く、できる限り本人の希望を維持しながら職員もケアしているが、専門的なかかわりがあることでより質の高いケアが提供できるのではないかと感じることもある。このような状況を踏まえ、ぜひ今後の検討をお願いしたい。
- 地域包括ケアシステムを推進する視点では、自事業所ではなく病院を含めて地域全体の在宅医療の質の向上が求められていると考えている。当ステーションは年間10人以上、各機関と連携し病院に勤務する看護師の研修を受け入れ、利用宅へ同行するなどの取組を行っている。自宅で暮らしている穏やかな利用者を見て、本人が自宅での生活を希望しても医療者が絶対に自宅は無理と決めつけていた。病院に戻って本人の希望をよく聞くようになったという病院の看護師からのフィードバックもあった。このような取組は、病院に戻った後の入院中のケアの向上、退院調整の円滑化につながると考えている。また、利用者にとってメリットの大きいことであるので、ステーションとしては病院との協力体制や連携を重視して積極的に取り組んでいる。
- 看護師同士の連携については、入院時に在宅での生活状況や本人の希望を含んだ看護サマリーを訪問看護ステーションから病院に送り、利用者に対して継続的なケアが行えるよう、

看護師同士連携を強化している。入退院時の際の看護師間の情報共同指導、また、先ほど述べた研修に対する取組についても、さらに推進する方向で評価していただきたい。

- 今回の改定での病院型、併設型のステーションに関する提案については、病院も訪問看護と一緒に取り組んでいただけることは心強く、教育のノウハウを持った病院と地域の訪問看護ステーションが共同することで、訪問看護のスキルアップにつながると考えている。また、そのつながりから地域で働く訪問看護師が増えていくことを期待する。
- 地域によって医療資源の充実状況はさまざまであるが、異業種の状況に合わせて訪問看護ステーション同士で役割分担や機能分化をする方法を考える視点も必要だと考えている。
- 地域で生活する医療的ケアが必要なお子さんへの対応について述べる。今回の改定で、学校との連携や小児を得意とするステーションの評価が充実されたことはとてもよかったと考えている。医療が必要なお子さんやその家族の支援が充実できるよう、今後も後押ししていただければと考えている。
- 看取りの充実について意見を述べる。在宅では訪問看護師が利用者、家族と丁寧に相談しながら伴走し、利用者の状況や希望に応じた看取りにつなげている。亡くなる方へのケアは看取りの瞬間だけでなく数週間、数カ月前から時間をかけて準備し、身体的、精神的な苦痛への対応も含めて対応していくものである。既に現場で行っている丁寧な看取りのプロセスが今回、人生の最終段階における医療決定プロセスに関するガイドラインを含めた対応で明確になり、推進の方向で後押しになることは、看取りの充実が図られると考えている。

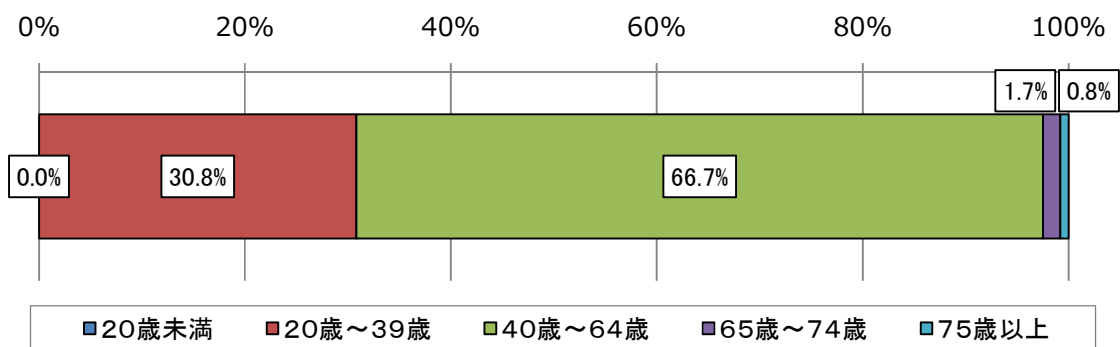
5. アンケート結果

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。

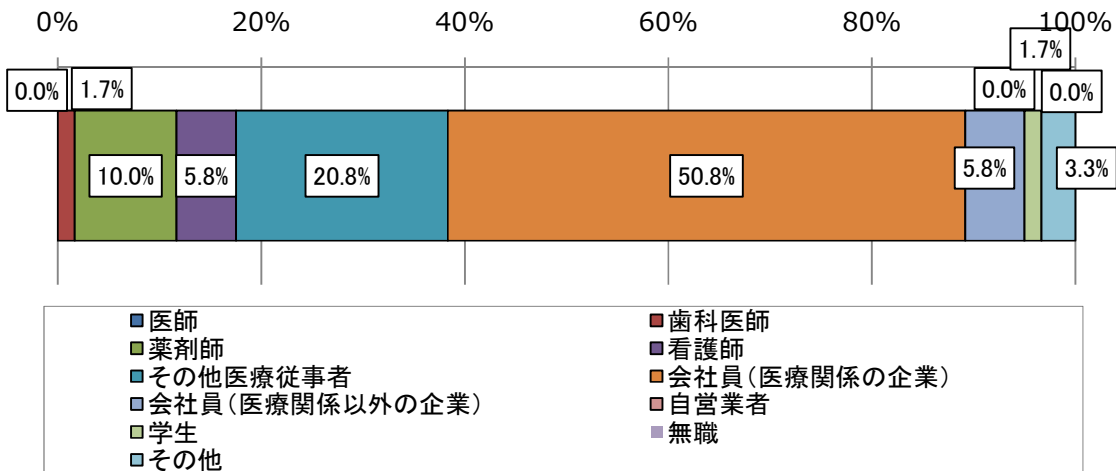
(1) 回答者数

120人

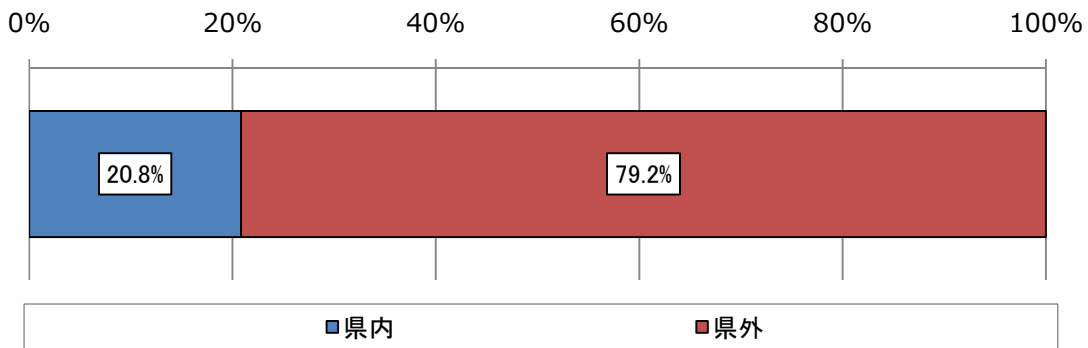
(2) 年齢層 (n=120)



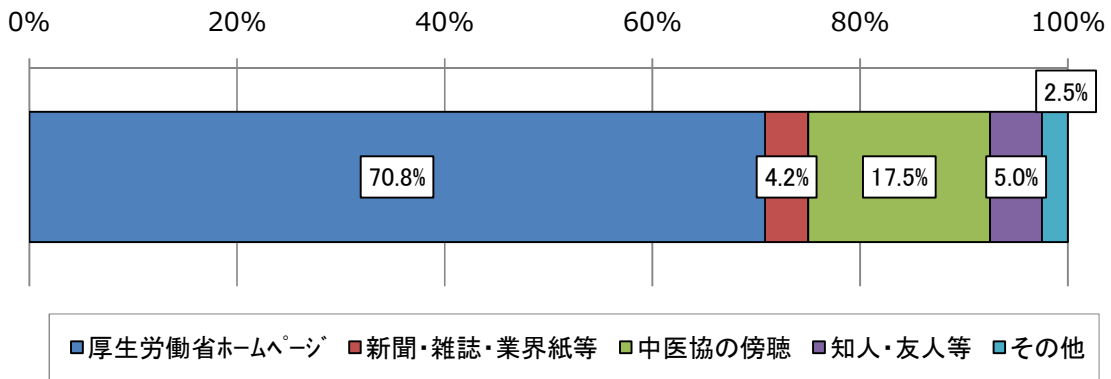
(3) 職業 (n=120)



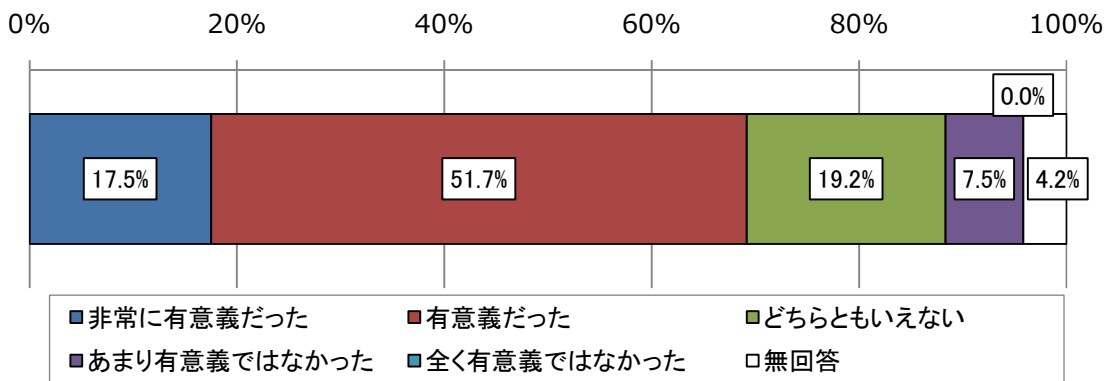
(4) 住所又は勤務先 (n=120)



(5) 公聴会を知ったきっかけ (n=120)



(6) 公聴会は有意義だったか (n=120)



(7) 平成 30 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)

I 地域包括ケアシステムの構築と医療機能の分化・強化、連携の推進

I-1 地域包括ケアシステム構築のための取組の強化について (1件)

○地域包括ケア促進に向け、国民の理解向上が不可欠である。地域に根ざした社会福祉のため、患者・家族のみでなく親族の理解向上のための啓発を政策として進めて頂きたい。

I-2 かかりつけ医、かかりつけ歯科医、かかりつけ薬剤師・薬局の機能の評価について (3件)

○生活習慣病について、それまでの自己責任によるところが大きいと考えているため、患者負担を引き上げ、周りに負担を強いるべきではない。

○か強診の施設基準に地域ケア会議などの参加が追加されるようだが、歯科医師会会員に限らないようにしていただきたい。地域の多職種と連携しても特定の団体に所属していないといけないのはおかしい。所属に限らずに連携をしている場合は評価してほしい。

○訪問歯科診療について、訪問先が限られているため、歯科診療を受けられない方がいる。泊まりデイサービスにずっといる利用者等、厚生局に問い合わせても許可が出ない。また、義歯の製作途中で歯科のある病院に入院し義歯を装着できない方がいる。病院歯科では対応していない等で困っている患者や歯科医がいる。

I-3 医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価について (5件)

○回復期リハビリテーション病棟において、リハビリ提供の実績指数は、早期にリハビリを提供できればより指数も良くなると考えられるが、患者を急性期病棟から回リハ病棟に部屋を移動すればよいケアミックス病院と、急性期の病院を退院し主治医を変え転院してからリハビリを提供するしかないリハ専門病院と同じ計算条件とすることはいかなものか。主治医を変える、病院を変えるという時点で患者・家族も不安があるようでどうしても不利が生じる。

○診療実績データにより、重症度、医療・看護必要度の判定をすることについて、算定のルールと看護必要度のルールの違いの検証が不足していると感じる。

○平均在院日数が短くなりすぎ。去年、高齢の母が、(月)緊急入院、(水)手術し、(金)退院と言われた。介護できない。準備ができるまで自己負担でもかまわないので、家族(家庭)の事情に応じて対応してくれると助かる。実際は3施設を短期で転々とし最終的な落ち着き先が見つかったのは2か月後でもう自宅は無理で

あった。

- 平成26年度からの機能評価係数Ⅱの後発医薬品係数の導入でDPC対象病院での後発品の入院分の使用促進が一気に進んだ。平成30年度からは後発医薬品係数を機能評価係数Ⅰに移行して、後発医薬品使用体制加算とすることで入院＋外来分の使用が促進すると考えられる。しかし、現行の後発医薬品使用体制加算は、最高の保険点数が42点であり、これは現行のDPCの機能評価係数Ⅰの係数値に換算すると0.0011程度でしかない。平成29年4月から適用された後発医薬品係数の最高値が0.00949であることから、これに比べると0.0011ではかなり係数値が低いため、このままでは、DPC対象病院で折角進んだ使用促進が後退しかねない。適切な係数値の設定をすることで入院と外来における後発医薬品の使用が更に促進すると考えられる。適切な係数値の設定をお願いしたい。
- 大幅な入院基本料に関する改定となるようだが、現場の混乱を避ける施策を。

I-4 外来医療の機能分化、重症化予防の取組の推進について（0件）

I-5 質の高い在宅医療・訪問看護の確保について（0件）

I-6 国民の希望に応じた看取りの推進について（0件）

I-7 リハビリテーションにおける医療と介護の連携の推進について（0件）

Ⅱ 新しいニーズにも対応でき、安心・安全で納得できる質の高い医療の実現・充実

Ⅱ-1 重点的な対応が求められる医療分野の充実

Ⅱ-1-1 緩和ケアを含む質の高いがん医療の評価について（0件）

Ⅱ-1-2 認知症の者に対する適切な医療の評価について（0件）

Ⅱ-1-3 地域移行・地域生活支援の充実を含む質の高い精神医療の評価について（0件）

Ⅱ-1-4 難病患者に対する適切な医療の評価について（0件）

Ⅱ-1-5 小児医療、周産期医療、救急医療の充実について（1件）

- 小児救急は不採算であることが多く、今後の地域医療上、もっと加算すべきであ

る。一方で、医科向けでも開業医の収入の多さは明白であり、このあたりを適切に評価して必要な所に配分してほしい。すなわち、病院機能についてもっと評価してほしい。

II-1-6 感染症対策や薬剤耐性対策、医療安全対策の推進について（0件）

II-1-7 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（0件）

II-1-8 薬剤師・薬局による対人業務の評価について（3件）

- お薬手帳にシールを貼るだけで説明をしない薬剤師が多すぎる（38点or50点がもったいない）。
- 同じ処方せんで薬局で支払う自己負担額が違うのが納得できない。
- 医療機関と薬局が情報共有をより進められるように、評価する制度にしてほしい。地域包括ケアが進められているため、在宅、家庭復帰支援につながる病棟での薬剤師の業務を評価する制度にしてほしい。

II-2 医薬品、医療機器、検査等におけるイノベーションやICT等の将来の医療を担う新たな技術を含む先進的な医療技術の適切な評価と着実な導入について（4件）

- 医療機器業界に関係している者として長年の活動が認められたことはとても嬉しい。今後の実運用について注意深く見守りたい。発表者の「逆ザヤ指摘」は重要と改めて考えた。患者のために、移行期間を設ける等の対応が必要ではないかと思う。
- CG2として保険承認されたグルコース測定システムが現在は準用であるために、保険下において使うことが困難で、要望しても事務側が採用について拒絶してくる状況にある。イノベーションの点を評価し、糖尿病管理を改善することによる合併症予防の観点の大所からより使いやすい独立した項目として設定することを要望する。
- 本日もデバイス価格の意見があったが、機器・薬を適切な価格で評価しないと日本での開発が進まず、ドラッグラグの問題もあり、また企業の労働者の意識低下にもつながるので、よろしく願いたい。
- 放射線治療の入院患者の他院RTが評価されている点は患者のために嬉しい。ただ、治療医が少なすぎるので、治療計画を今回認められることになった遠隔でできないものか。読影システムにRT-CT画像と照射ポータル写真の同期がとれるだけで、もっと治療できる患者が増やせるのではないだろうか。どの放射線画像もデジタルになっているのだから5で示されるような病理医と同じく放射線診療医と

皮膚科医も自宅で遠隔診療できると考える。

Ⅱ-3 データの収集・利活用及びアウトカムに着目した評価の推進について（0件）

Ⅱ-4 明細書無料発行の推進について（0件）

Ⅲ 医療従事者の負担軽減、働き方改革の推進

Ⅲ-1 チーム医療等の推進（業務の共同化、移管等）等の勤務環境の改善について（4件）

○現在、病棟薬剤業務実施加算が算定できない。回復期リハ病棟や地域包括ケア病棟においても算定できるようにして頂きたい。

○地域包括ケアシステムを構築していくため、医療機関と薬局が情報共有するのは重要であり、これを評価して頂きたい。

○地域包括ケアシステムの中で重要な機能を担う病棟（地域包括ケア病棟・回復期リハビリ病棟等）での病棟薬剤業務の実施は地域連携に大きく貢献していると思うので、これを評価して頂きたい。

○回復期リハビリ病棟や地域包括ケア病棟について、病棟薬剤業務実施加算を算定できるようにして頂きたい。

Ⅲ-2 業務の効率化・合理化について（0件）

Ⅲ-3 ICT等の将来の医療を担う新たな技術の着実な導入について（1件）

○ICTの推進は良いが報酬が追いついていない。

Ⅲ-4 地域包括ケアシステム構築のための多職種連携による取組の強化について（0件）

Ⅲ-5 外来医療の機能分化について（0件）

Ⅳ 効率化・適正化を通じた制度の安定性・持続可能性の強化

Ⅳ-1 薬価制度の抜本改革の推進について（3件）

○薬価制度の抜本改革は製薬会社の経営に大きな影響を与えると思われる。薬価改定後、国の財政と製薬会社の経営状況を精査の上、適宜見直しをお願いしたい。

- 薬価を下げすぎ。新薬開発に影響はないのか。薬価を下げた分を診療報酬にプラスする過去のやり方に戻らないのか。
- 新薬創出等加算の企業要件は製薬業ライセンスを上位25%の大企業に集約してしまい、ベンチャーが成長する芽を摘んでしまうと考える。

IV-2 後発医薬品の使用促進について（5件）

- シェア80%以上にするには医師・患者への啓発がもっと必要。医療費の高騰を防ぐために必要である旨をあらゆる場面で宣伝することが必要。
- GEメーカーが多すぎ、無名の信頼できないメーカーもあるので心配で安心してGEを服薬できない。
- 後発品が広まらない一因に処方元の医師の「変更不可」欄があると思う。廃止すべきではないか。
- 後発品の使用促進は強制的に行うと患者の満足度が低下したりする等、かえって逆効果になるケースがあるため、慎重かつ丁寧に制度を作っていただきたい。
- 同種同効薬に関してはじめの薬の後発品が出て、それを使うより後から出た同種同効薬（いわゆるゾロ新）を使う（医療機関も薬局も卸も差益を求める）という仕組みを大きく変えないと結局そのカテゴリ全体としての医療費（薬剤費）が下がっていないという現実がある。そこをなおさないと後発品80%になったとしても全体の医療費（薬剤費）は下がらないと思う。改善して頂きたい。

IV-3 医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価（再掲）について（0件）

IV-4 外来医療の機能分化、重症化予防の取組の推進（再掲）について（0件）

IV-5 費用対効果の評価について（2件）

- 費用対効果の評価を進めるべき。抗がん剤を中心に非常に高額な薬剤が保険医療の破綻につながっていると考える。健康寿命を延ばすのならよいが、単なる延命に近いような治療に高額な薬剤が使われるのは間違っていると思う。
- 費用対効果については医療行為や調剤行為等に関しても評価をしていくべきだと考える。

IV-6 医薬品の適正使用の推進について（4件）

- 医療機関と薬局が情報共有することへの評価をして頂きたい。
- 回復期リハビリテーション病棟や地域包括ケア病棟について、病棟薬剤業務実施加算を算定できるようにして頂きたい。
- 医療機関と薬局による情報共有について評価して頂きたい。

○医療機関と薬局が情報を共有することは非常に大切なので、これを評価して頂きたい。

IV-7 備蓄の効率性や損益状況等に応じた薬局の評価の推進について（0件）

IV-8 医薬品、医療機器、検査等の適正な評価について（2件）

○夜間透析のように患者の社会参加に後押しとなる治療により効率性が高いとされる場合、報酬に悪影響が出てしまうと患者ニーズが満たされにくくなることを危惧する。

○術前検査等による確認が算定要件になることは大変評価できる。今後、経皮的冠動脈インターベンションに限らず、さらに術前検査等の重要性を見直していくべきではないか。検査やCT、MRI、SPECT、PET等の画像診断を十分しなかったために、必要のない手術を実施している場合があるかもしれない。手術の保険点数は非常に高いため、適切な術前検査等しっかり実施することで医療費の抑制につながると考える。

V. その他（10件）

○病院からの訪問看護の提供について。訪問看護が拡大されるのは喜ばしいことだが、単独で行っているステーションが病院からのそれに左右され、経営困難、閉鎖につながらないかと考える。病院からの訪問と独立型の事業所の違いを報酬に反映させてほしい。

○病床数の減少と診療報酬の関連するものが何も検討されてないことが病院経営のことを考えるkey wordにも見える。在宅を進める⇔床数削減を進むための方策はと思う次第である。

○先進医療会議からの医療技術の評価。特に粒子線治療の評価について。先進医療Bで症例検討を進めている前立腺がんが対象となったことに驚いた。粒子線の中でも前立腺がんのシェアは大きいことから、診療報酬点数が適正な水準とならないことで、保険適用となり、がん患者にとって喜ばしいことであるもののその治療を提供する医療施設の経営が傾くことのないように配慮して頂きたい。経営（すなわち、病院が治療を行えなくなる）できなくなることで、その治療を受けることができなくなるのは国民なので。

○中医協のWEB中継を要望する（音声だけでもよい）。

○諮問委員であるはずの「中医協」の認識であるが、2016年末に駆け込み的に数値が上（政治家と2号側）のほうで決定され、「中医協」が形骸化してしまっている。「抜本的な改革」は言葉先行で実施は慎重すぎでは。公聴会10名メンバー選出ははじめから1号、2号関係者から行われたのか。

- 官邸主導の決着は見苦しい。中医協の存在意義を示してほしい。官邸案のとりま
とめに際しては厚労省の事務方は協力すべきではないマッチポンプであろう。
- 国民皆保険制度の持続可能性を保つことが最大の課題であるが、診療報酬改定を
含めて根本的な対策がとられているとは感じられない。本体マイナス改定はじめ、
ドラスティックな対応を求める。また、中医協において、診療側と支払側が対等
なレベルで議論できていないのではないかと感じる。支払側委員にはよりすど
くマイナス改定等に向けた主張と議論を展開してほしい。
- 公聴会で1~5の意見発表者の方への質問がなかったのは残念だった。
- 公聴会をもっと早く開催してほしい。十分な議論の反映がされるとは思えない。
- 公聴会の案内及び実施はもっと早いタイミングで行っていただきたい。このタイ
ミングでは、国民の声が直近の診療報酬改定に反映されとは思えず、2年後の申
し送り事項になるのが精一杯ではないか。医療の進歩と医療費拡大の防止の両立
は難しい問題で、どちらのスタンスで一般国民として意見を言うべきかを明確に
して頂きたい。理想としては、医療の進歩は全人類の願いであり、医療費拡大は
一定程度やむを得ず、より国家の歳出を増やし、医療で世界をリードすることで
世界から歳出分の回収を行う戦略をとって頂きたい。中医協から政府に歳出割当
を増やす意義を強く求めることを期待する。