

第32回～第34回社会保障審議会医療保険部会 各委員の発言要旨

I 診療報酬関係

1 診療報酬の配分の見直し、「選択と集中」について

- ① 骨太に「選択と集中」とあるが、地域医療の荒廃の原因として「選択と集中」に基づいた施策があったのではないかと。救急、産科等については前回改定でもすでに手厚く評価しているが、先日の医療機関のコスト調査分科会においても、入院は黒字、外来は赤字との調査結果が出ていた。財政審の建議（6月3日）でも診療所に配分が偏っているとあったが、比較的小回りがきくとされる診療所も経営状況は厳しい。開業医への志向が強いとされているが、実際はそうではない。地域医療が崩壊している中、配分の見直しではなく、やはり医療費全体の底上げが必要だ。（21.7.15 藤原委員）
- ② 国民皆保険を守り、安心して質の高い医療を確保するためには、限られた財源の中で、「選択と集中」の考え方にに基づき、配分のダイナミックな見直しが必要。（21.7.15 逢見委員）
- ③ 診療報酬の重点化、「選択と集中」は不可避。前回、前々回の改定と同様、診療報酬の中身をグループ分けして、重点分野、効率化分野を分けて、配分を大きく変えていく必要がある。（21.7.15 対馬委員）
- ④ 全体の引き上げが必要という話があったが、救急や産科・小児科をはじめとする勤務医の負担軽減などに重点をおくような検討が必要。（21.7.15 斉藤委員）

地域の救急医療は崩壊の危機であり、深刻に考えなければならない。診療報酬改定だけで議論する問題ではなく、医療提供体制など地域医療全体をどうするかといった視点で考えることが必要。急性期医療に資源を集中投入するという考え方が基本。（21.7.15 逢見委員）

国民の生命・安全を保障することが大事であり、限られた財源の中で「選択と集中」と言われるが、医療を選択的に若い人に行うということなのだろうか。産科や小児科へという点は結構だと思うけれど、医療の現状を見ると、むしろ「分散と公平」を図りたい。例えば、人口20～30万人に1つ分娩施設があるというようなことが「分散と公平」で、そういった観点も入れて欲しい。（21.7.15 樋口委員）
- ⑤ 病院と診療所の再診料の格差是正については、積み残しという認識。また、効率的な医療提供体制の確立を目指し、地域医療の連携を強化すべきだ。（21.7.15 斉藤委員）

「選択と集中」の考え方に基づいて、限られた資源の中で病院と診療所の格差をどう考えるのか、その上で救急・産科・小児科等にどう重点化していくかを考えていく必要がある。（21.7.15 小林委員）

前回の改定における病診の配分見直しは切り込みが足りなかったのではない
か (21. 7. 15 岩本委員)

- ⑥ 財政の問題がある中で、安心・安全な医療の確保をどう評価するか。薬を安心・安全に患者に提供していくには、単に「選択と集中」ではなく、しっかりと仕事を果たせるような診療報酬体系を念頭に置いていただきたい。(21. 7. 15 岩月委員)
- ⑦ 「選択と集中」は格差社会の継続につながるものだ。選択と集中によって中核病院のあった二次医療圏に小児科医がいなくなるなど、医療機関の連携が分断されている。地方は過疎化していくため、身近なところで適切な医療を提供できるよう、地域にあった医療提供体制が必要だ。(21. 8. 27 藤原委員・日医)
- ⑧ 「選択と集中」は社会保障国民会議最終報告にあるもので、改定内容として決定しているものではないため、これを進めていくというのであれば、きちっとステップを踏んで欲しい。(21. 8. 27 藤原委員・日医)
- ⑨ 4つの視点は賛成。(21. 8. 27 岩田参考人)
- ⑩ 20年度改定の4つの視点と緊急課題について、この2年間でどの程度改善したのか検証が必要。解消には至っていないだろうから、次回もこの視点等を継承していく必要がある。(21. 8. 27 逢見委員)
- ⑪ 4つの視点は継続すべきである。「選択と集中」という考え方を継続するとともに、地域医療の連携強化についても併せて検討する必要がある。(21. 8. 27 藤原代理人・経団連)
- ⑫ これまでの医療費の伸びの抑制の考え方が見直されてきていることを改定にも盛り込んでいく必要がある。しかしながら、効率化は必要であり、効率化して本当に必要なところに財源を充てていくことが必要。(21. 8. 27 逢見委員)
- ⑬ 改定の4つの視点にあるように、メリハリをつけることはいかなる時代においても重要なことだ。保険者財政も国民の経済状況も厳しい。(21. 8. 27 対馬委員)
- ⑭ 協会けんぽの財政状況も深刻な状況にあり、基本方針の検討に当たっては、保険財政を十分踏まえて改定を行うことについて、きちんと位置づけるべき。保険料負担の増大につながるような診療報酬全体の引き上げを行う状況にはなく「選択と集中」の観点から補助金も活用しながらメリハリをつけることが必要である。(21. 8. 27 小林委員)
- ⑮ 4つの視点に書かれていない点を2つ付け加えたい。1つは「医療の見える化」「IT化の推進」であり、もう1つは病院と診療所の再診料の格差解消の問題である。(21. 8. 27 対馬委員)
- ⑯ 疾病の予防にインセンティブをつけるべきだ。例えば口腔ケアをきちんと行った場合、誤嚥性肺炎の発症が半分になるというデータがある。こうしたエビデンスがあるものについては、診療報酬をつけるべきだ。(21. 8. 27 大内委員)
- ⑰ これまでは、「医療費の抑制」が審議会に臨む大前提だった。医療費に無駄があることは承知しているが、諸外国に比べれば決して高くない。負担も低ければ

給付も低い。高齢者は治療に費用がかかるが、世界でも高齢化率が 20%を超えるのは日本ぐらいで、これから増えていくことが明白なものも日本のみ。増える給付費を高齢者も含めて負担すべきだと思うし、考え方を見直すべきだと思う。今後はその変化を踏まえて、議論していく必要がある。(21. 8. 27 樋口委員)

- ⑱ 今回の資料についても、財源については触れられていない。マクロの総額は政治レベルで決められるが、それによって、この方針の実現度が決まる。プラス改定にならなかった場合に向けて、財源についてもこの場で踏み込んで議論すべき。メリハリ、切り込む分野についてしっかり書くべき。マイナスシーリングの場合、どこかを削って他の場所に付けるが、そのような形で切り出すことが必要ではないか (21. 8. 27 岩本委員)
- ⑲ 「選択と集中」は、10年先を見て手を打つべきだ。日本の産業構造が変わってきており、雇用イコール利益という関係ではなくなっている。将来的に県ごとに医師の必要数がどうなるのか、雇用数がどうなるのかといった数字をつめていれないといけない。(21. 8. 27 西村委員)
- ⑳ 基本方針について、改定の「視点」と「方向」という観点はあるが、「量」という観点が抜けている。(21. 8. 27 藤原代理人・経団連)
- ㉑ 基本方針にある「患者から見てわかりやすく、患者のQOLを高める医療の実現」はもっともなことだが、こういった審議会を通り一遍の議論をするというやり方で良いのか。1桁違うお金をかけて検証を重点的に行うといったことが必要なのではないか。(21. 8. 27 西村委員)
- ㉒ 人口減少地域の医療が崩壊している。身近なところで医療を受けられないのが地域の利用者から見たら医療崩壊として映る。無床診療所も最近減ってきている。配分の見直しではなく、全体の底上げをお願いしたい。(21. 11. 16 藤原委員・日医)
- ㉓ 高齢者に限らず誰でもどこに住んでいても一定の医療は保証されなければいけない。その意味で「選択と集中」以外に、「分散と公平」という視点があるべきではないか。「分散」というのは、どこにいても一定程度の適切な医療を受けられるという意味で、地域適正配置というべきかもしれないが、この二つの考え方について、基本方針の中でどうバランスをとっていくのか。(21. 11. 16 樋口委員)

2 厳しい保険者財政について

- ① 診療報酬の引き上げには、厳しい経済情勢、健保組合の財政状況を考慮する必要がある。(21. 7. 15 斉藤委員)
- ② 診療報酬の引上げは、保険料にはね返ることも踏まえて議論すべき。後期高齢者の拠出金や経済不況などにより、保険の財政状況は厳しい。(21. 7. 15 逢見委員)
- ③ 経済の低迷の下、保険料収入の落ち込み等で、協会けんぽの財政は極めて厳し

い状況にある。保険料負担の増大につながるような診療報酬全体を上げるような状況ではない。(21. 7. 15 小林委員)

- ④ 国保全体として財政状況は厳しい。平成 21 年度末に国保への財政支援措置が切れるので、制度の継続と拡充は必ずやっていただきたい。(21. 7. 15 岡崎委員)
- ⑤ 健保組合全体で 21 年度予算 6 兆円に対して、赤字が 6, 150 億円で 1 割にも達する。20 年度から 2 年連続で巨額の赤字。解散する組合も増えている。診療側、支払側の両方の事情を勘案しなければならない。(21. 7. 15 対馬委員)
- ⑥ 診療報酬改定の議論に関しては、保険者財政を考える必要がある。視点の④配分見直しについて「イ」「ロ」の二つの意見があるが、対立ではなく、相乗効果を持たせることが必要。限られた財政状況の中でパイをどうするかは考えざるを得ない。国民にも一定の負担が必要だし、国からの補助も必須。国民から受け入れられるように、診療報酬内部でのバランスを国民の目から見て適正なものとする必要がある。(21. 11. 16 和田委員)
- ⑦ 基本認識・重点課題等①～③についてはもっともだが、国民の状況に関する視点が薄いのではないか。医療保険部会なので、医療保険を取り巻く経済状況などの視点がほしい。失業率が過去最悪だとか賃金・物価が下がるなど国民は困っている状況にあるが、医療の提供体制だけしか触れられていないという感じがする。全体をみるべき。(21. 11. 16 対馬委員)
- ⑧ 「我が国の医療は危機的な状況」とあるが、それは医療保険財政も同じである。「産科、小児科、救急等、急性期医療は危機的な状況」という捉え方であれば、全く異論はない。(21. 11. 16 対馬委員)
- ⑨ 被用者所得が落ち込んでいる、低所得者が増えているということも基本認識として踏まえる必要がある。(21. 11. 16 逢見委員)

3 救急・産科・小児科医療

- ① 救急の軽症患者にどう対応するかが問題。軽症者を入り口で止め、軽症者の心の不安にどう対応するかが問題。そういったことについて、看護師や薬剤師のチームでどう対応するか、そこに対して診療報酬も対応する必要がある。(21. 7. 15 坂本委員)
- ② 救急、産科、小児科は、過去の改定でそれなりに評価をしているが、これでも解決しないのなら、もっと根本的な見直しが必要なのではないか。これは医療システムの構造的な問題であり、後方病床を整備して流れを良くしなければならない。中小病院、慢性期医療、有床診療所、無床診療所、在宅医療などが資料でも触れられていないが、遺憾だ。夜間対応している有床診療所が減少しているのは憂慮すべきことだ。(21. 8. 27 藤原委員・日医)
- ③ 救急、産科、小児科などは体制整備が必要。診療報酬の加算などで誘導するのではなく、体制を整備したことを評価するという順序で対応すべき。公費・補助金などの充実によって医療機関が質の高い必要な体制を確保できる仕組みを別

にしっかり構築した上で、その体制を整えた医療機関を診療報酬で評価する仕組みとすべきである。診療報酬を取らせるために算定要件を緩和するなど、本末転倒になってはならない。(21. 8. 27 逢見委員)

- ④ 救急の流れをスムーズにするようなサポートシステムを評価してはどうか。患者はかなり悩んでから救急にかかっているため、患者からの悩みや相談を受けて適切に救急医療を行う病院、地方にあり患者の家から遠いとしても、次の病院に適切にコーディネートしている病院、在宅医療へのつながりの仕組みをもっている病院は、評価していくべきだ。こういった救急の入口から出口の流れを支えるシステムを看護師を活用してやっていきたい。(21. 8. 27 坂本委員)
- ⑤ 「救急、小児、外科等の医療の再建」「病院勤務の負担軽減」は過去の改定でも評価されたが、医師不足、地域偏在は解消できておらず、負担軽減に繋がっているかも明確ではない。(21. 11. 16 藤原委員・日医)
- ⑥ 周産期医療、新生児集中治療室を支援する施設の適正な評価も必要。(21. 11. 16 逢見委員)

4 かかりつけ医

- ① 高度な治療が必要か否かを判断できる場所が必要。そのためには、家庭状況を含めてトータルに理解している医者が必要だ。今後、高齢化が進行していく中で、皆が刹那的に医療を受けていては、医療体制が崩壊するのではないかと危惧している。後期高齢者診療料について、かかりつけ医の芽が出かかっていると思っていたが、実際は利用されていない。利用率が低いからといって廃止するのではなく、利用を促進する方向で検討していただきたい。(21. 7. 15 多田委員)
- ② 後期高齢者診療料については、届出された医療機関のうち1割の患者しか利用していない。この点数の趣旨は、多受診を抑えようという意図があったが、厚労省の調査によれば、75歳以上の9割弱が1～2箇所しか受診していない。そういった意味では後期高齢者診療料も、医療費の削減にはつながらないのではないか。エビデンスに基づく議論をしてほしい。(21. 7. 15 藤原委員)
- ③ ヨーロッパではプライマリアケア医がしっかりとそれなりの機能を果たしている。日本でもプライマリアケア医が対応できる患者が相当いるに違いない。そのような人が大病院の外来に救急車で運ばれるケースが増えている。そこを変えないといけない。開業医にもがんばってもらいたい。それを踏まえて、診療報酬も作り直してほしい。これから増える高齢者を大病院の外来で受けるようにしてはいけない。診療報酬だけの問題ではないが、前向きに積極的に取り組んでほしい。(21. 8. 27 多田委員)
- ④ 開業医はプライマリアケアを行うべきという意見があったが、メディアスのデータを見ると、診療所への受診は減っていないし、はしご受診も行われているとは言えない。(21. 8. 27 藤原委員・日医)
- ⑤ 患者が、大病院なら信用できるという気持ちを強く持っているということを医

者が認識していないというのには驚いている。高齢者は心身に多種類の不都合をもって生活するのだが、勝手に大学病院や専門病院にどんどん流れていくのは問題だ。その際にアドバイスをできる身近な医者との関係をしっかり作っていくことが必要。ここがしっかりしないと、これからの半世紀、1世紀の日本の医療はもたない。(21. 8. 27 多田委員)

- ⑥ 医療のデータを見るときには注意が必要で、いくら医療費が使われたかというデータからは、医療サービスに対する満足度は読み取れない。(21. 8. 27 岩本委員)
- ⑦ かかりつけ医の重要性については我々も理解しているが、これと包括医療を一緒にするのはよくない。かかりつけ医は高齢者だけでなく、おしなべて必要。すべてを明らかにしないまま包括医療という言葉だけが先行したため、高齢者が理解する前にガードを固めてしまった。高齢者医療改革会議ではそのようなことがないようにしっかり議論してほしい。(21. 11. 16 齊藤参考人・老人クラブ)

5 心身の特性を踏まえた医療

- ① 「高齢者の心身の特性を踏まえた医療の提供」とあるが、高齢者は医療機関にかかりにくくなっている。院内処方減り、薬局まで薬を取りに行かなければならなくなっている。患者の負担を考えるなら、院内処方を増やすべき。処方せんも4日で期限が切れてしまう。(21. 8. 27 樋口委員)
- ② 介護との連携も見通しながら、「高齢者の心身の特性及び家族や地域生活の環境変化を踏まえた医療の提供」が必要。(21. 8. 27 樋口委員)
- ③ 在院日数の短縮はいいが、在宅やかかりつけ医など地域の受け皿がないと高齢者はやっていけない。そういう意味で、医療と介護の機能分化と連携を書いていたのはいいが、実際には、医療と介護の間は必ずしも話し合いもなく、断絶している。リハビリの連続性も議論してほしい。(21. 11. 16 樋口委員)
- ④ 後期高齢者医療に係る診療報酬について、廃止は理解するが、高齢者は、総合的、継続的に診なくてはいけないといった指摘など、後期高齢者医療の在り方に関する特別部会で大変いい議論をしていただいた。それを尊重するよう中医協に投げられ改定をしたが、後期高齢者医療制度の施行に伴う周知の不十分さが招いた誤解のある中で不幸な立場におかれた。75歳を例えば65歳にするとか、老健制度や特定健診のように40歳まで引き下げられることも考えられる。そうした議論をもう一度医療保険部会でやっていただけるとありがたい。(21. 11. 16 対馬委員)
- ⑤ 後期高齢者の診療報酬について、制度の見直しに先行して廃止するということが、具体的な診療報酬項目について、後期高齢者診療料とか終末期相談支援料に加え、加算まであったということを初めて知った。薬剤の情報提供の加算も後期高齢者に限定してする必要があるのか。75歳以上に限定して考える必要のないものもこの項目の中には含まれているのではないか。(21. 11. 16 見坊委員参考)

人)

- ⑥ 「医療の透明化・わかりやすさの推進」の観点からいっても、わかりやすく透明性があるのはじめて判断が可能となるわけであり、後期高齢者医療制度の改革を議論する際にも、この点は最重点にしてほしい。(21. 11. 16 齊藤参考人・老人クラブ)
- ⑦ 後期高齢者の問題について、75歳という年齢に着目した診療報酬体系については、本体の見直しに先行して行う方向はそのとおりだと思う。終末期相談支援料は後期高齢者だけが終末期を迎えるわけではないので、年齢制限を外して、すべての年齢について適用できるように見直しすべき。(21. 11. 16 逢見委員)

6 チーム医療

- ① 医療が複雑化しており、それぞれの職種がそれぞれの役割を発揮して連携しないといけない。医療関係者が増えると非効率になっていくというものではないのではないか。(21. 8. 27 岩月委員)
- ② 医師を増やすと言っても、人の数には限界があり、またすぐに対応できるものでもないで、看護師や薬剤師や栄養士など、様々な職種の役割分担を明確にしていくことが重要。また、医療職種以外の職種もこれに入れていくことが重要。こうした視点を載せるようにしてほしい。(21. 8. 27 坂本委員)

7 後発医薬品の使用促進等

- ① 基本方針にある効率化の関連で、後発医薬品の促進については、処方せん様式を変えたりしたが、まだ十分には進んでいないという認識だ。追加的な対策を行っていくべき。(21. 8. 27 小林委員)
- ② 後発医薬品の使用促進も必要。安全性に問題がないというメッセージ、周知が不十分。(21. 8. 27 逢見委員)
- ③ 後発医薬品の使用促進の議論と一緒に、革新的新薬の議論も併せて行って欲しい。(21. 8. 27 藤原代理人・経団連)
- ④ 後発医薬品は安いけど、信頼できないという人も多い。先発品が10年経ったら、ジェネリックと同じ価格くらいにまで下げてはどうか。今は患者にとって二つの薬があり、わかりにくい。(21. 11. 16 高原委員)
- ⑤ ドラッグラグ、未承認薬、適用外使用などの問題については、患者団体、学会等が個別の問題解決の努力をしているが、本来は診療報酬の基盤となっている薬価基準の仕組みとして、未承認薬、適応外使用の問題が生じにくい薬価制度を検討する必要がある。(21. 11. 16 安部参考人・日本薬剤師会)
- ⑥ イノベーションの評価については、国民にとって必要かつ有用な新薬開発、適応症の拡大に対するためのインセンティブをどのような仕組みで確保するかも重要。(21. 11. 16 安部参考人・日本薬剤師会)
- ⑦ 後発医薬品との価格のバランスも大事だが、イノベーションも大事であり、両

方で評価することが大事。(21. 11. 16 藤原参考人・経団連)

- ⑧ 後発医薬品の促進とあるが、先発品の方が高いという現在の状態を前提にした議論をするということか。例えば、特許が切れれば同じ価格にするとか、先発薬の価格を下げるということでも薬剤費の削減は実現できる。医療の状況も変わったし、政権も変わったので、そういうことも含めて議論するということも考えられるのではないか。(21. 11. 16 岩本委員)
- ⑨ 未承認薬・適応外薬について、海外で使用が認められている抗がん剤、難病薬について、早期承認、保険適用について患者さんからも強い要望がなされている。医療上必要な医薬品の未承認については、早期解消に資する薬価制度にすべき。(21. 11. 16 逢見委員)

8 歯科医療

- ① 国民は今、安心できる社会保障を求めている。歯科医療は生活の基本を支える医療であり、健康長寿の実現に資する。平成20年度改定では、在宅医療の推進の一貫として、在宅での歯科医療の充実を掲げて頂いたが、まだ不十分。次期改定では、多くの歯科診療所が在宅医療のネットワークに入り、住民の安心の確保に貢献できるよう配慮してほしい。(21. 7. 15 渡辺委員)
- ② 平成8年から平成19年まで、歯科医療費は2兆5千億円程度で推移している。1診療所単位で見ると、この間に保険収入は約15%の減収となっているとの調査結果もある。十分な改定率をもって重点的に評価していただきたい。(21. 7. 15 渡辺委員)
- ③ 安全・安心の生活を支えるために歯科医療が重要。骨太2009において8020運動の推進が記載されている。これは平成元年から提案して行ってきたもの。現在、8020達成者は25%を超えた。さらに、50%を目標にして、QOLの高い社会を目指す所存。(21. 8. 27 渡辺委員)
- ④ 歯科は、長年にわたり一般医療費の中で伸びが低い。8020運動の促進には、ヘルス事業だけでなく、歯の保存と口腔の機能を維持する歯科医療の充実が必要。重症化予防も必要だが、まだまだ不十分。(21. 8. 27 渡辺委員)
- ⑤ 歯科医療の特性、臨床実態を踏まえた技術の評価が必要。小児期から高齢期までライフステージに沿った健診、治療、管理が必要。小児期においては、正常な発育を支援する観点からも重要だし、在宅歯科医療も求められている。(21. 8. 27 渡辺委員)
- ⑥ 在宅歯科医療は、医師や家族との連携と周知が不足している。そのため、ニーズが把握できていない。また、診療の困難さと実情を踏まえた評価が必要。(21. 8. 27 渡辺委員)
- ⑦ 口腔ケア後の手術が効果的といったデータもあり、口腔ケアの評価の必要性を感じている。(21. 8. 27 渡辺委員)
- ⑧ 歯科は国民の生き甲斐と生活そのものを支える医療であり、QOLを高める。

そのためには、歯を残し、機能を回復し、高め、維持していくことに対して重点的に評価し、充実を図る必要がある。(21. 11. 16 渡辺委員)

- ⑨ 資料4の視点の(4)重症化の予防とあるが、歯科医療においては、ライフステージに応じた検診は非常に重要。予防が図れば、QOLが高まるとともに、医療費の節減にも繋がる。(21. 11. 16 渡辺委員)
- ⑩ 高齢化社会においては、在宅医療、在宅歯科医療はさらに進めないといけない。それぞれ独立しつつも、介護も含めて連携を図ることが重要。(21. 11. 16 渡辺委員)

9 その他の診療報酬

- ① 「同一のサービスは同一の点数」という公平性の観点からも、病院と診療所の再診料は同じ点数が基本であり、それなら患者も納得できる。(21. 8. 27 対馬委員)
- ② 再診料の病診格差の話が出たが、これはキャピタルコストを病院の方がより薄く広く乗せることができるためである。(21. 8. 27 藤原委員・日医)
- ③ 病診格差については、患者の行動原理に影響が出るものであり、機能分化の推進のためにも、是正が必要。(21. 8. 27 逢見委員)
- ④ 愛知県でも勤務医数が少なく過重労働が問題になっている。医療クラークの点数を新設していただき評価をしているが、もっと使いやすい制度にしてもらえるとありがたい。(21. 8. 27 岩田参考人)
- ⑤ 医療の標準化が進んでいるものは、包括化が必要。(21. 8. 27 逢見委員)
- ⑥ 平成15年3月の閣議決定の「基本方針」には、「医療技術の適正な評価」、「ドクターフィー」的要素が盛り込まれたが、この基本方針に沿って今後の方向性を考えるべき。技術料を上げて、医師に還元されていない。ドクターフィー的要素を勘案することで、診療科の偏在、勤務医不足などに対応できるのではないか。(21. 11. 16 藤原委員・日医)
- ⑦ 病院対診療所を対立軸でとらえるのは問題だが、患者の側からみて同じサービスなのに再診料が違うのは患者の受診行動にネガティブな影響を及ぼす可能性がある。病診という構図の中で是正するのは一つの方向としてあると思う。(21. 11. 16 和田委員)
- ⑧ 「患者からみてわかりやすく納得でき、安心・安全で、生活の質にも配慮した医療を実現する視点」というのはまだ不十分。看護職は病院の中で最大の集団。もっと活躍の場を与えてほしい。QOLに貢献できるし、医療費の削減にも繋がる。急性期からリハビリ看護を丁寧に実施すれば、廃用症候群を予防できるし、良い状態で在宅に退院させてあげられる。看護の視点から、改定に目を向けてほしい。(21. 11. 16 紙屋委員)
- ⑨ 地域に患者さんが移るときに間がすっぽり抜けてしまう。そのときに、海外でもやっているナースィングホームをモデル事業として取り上げてもらえれば、QO

の向上、医療費の削減にも貢献できる。(21. 11. 16 紙屋委員)

- ⑩ 病院薬剤師については、従来は医薬品の管理、調剤などの役割を担っていたが、近年は、処方設計への情報支援、投薬する際のプロトコールの共同作成、抗がん剤・抗リウマチ薬などの薬剤について患者への事前の情報提供、副作用のモニタリングの医師への提案など、医師の治療への支援が重要な役割。これにより、医療の質、患者の満足度の向上と同時に、勤務医の負担軽減にもなる。がんなど8分野で専門薬剤師の育成をしている。(21. 11. 16 安部参考人・日本薬剤師会)
- ⑪ 医療機関の病棟における薬剤師の増員が必要。増員によって、医師の負担軽減も可能になるのではないかと。増員を担保する診療報酬上の評価についても、薬剤師の個別の評価とともに、いつでも多くの病棟で支援業務ができる体制に着目した評価を考える必要がある。(21. 11. 16 安部参考人・日本薬剤師会)
- ⑫ 医療機関同士の連携を重視した改定を是非やってほしい。(21. 11. 16 藤原参考人・経団連)
- ⑬ 回復期リハについては、是非アウトカムの評価も視点に入れて診療報酬に反映してほしい。(21. 11. 16 藤原参考人・経団連)
- ⑭ 急性期医療、新型インフルエンザ等の感染症対策として、受け入れ患者の優先順位をつけるトリアージも重要。これからインフル患者も急増することが予想されるので、専任者配置への評価を検討すべき。(21. 11. 16 逢見委員)
- ⑮ 認知症は、早期発見・早期治療が重要。長谷川式スケールは、潜在している認知症の患者を見つける非常に簡便な方法で、一定の評価も得られているが、今は包括の評価になっているので、これを評価の対象にしてほしい。もう少し地域の中小病院との連携をしっかりとすることも必要。(21. 11. 16 藤原委員・日医)
- ⑯ 患者の視点に立った訪問看護ステーションの充実が求められる。現状では、同じ在宅にあって医療保険適用と介護保険適用の場合、または介護保険から医療保険に移行する場合、負担率が異なることによる経済的な段差は継続的なサービス提供を困難にするものである。認知症対策でも非常に重要な視点。(21. 11. 16 藤原委員・日医)
- ⑰ 専門(認定)看護師については、感染、褥瘡はすでに評価いただいているが、糖尿病、小児のトリアージ、リハビリテーション、精神科の専門看護師等すでに看護界は準備をしているので、是非診療報酬改定で検討してほしい。(21. 11. 16 紙屋委員)

10 診療報酬と補助金

- ① 救急などは予算措置がなされているが、診療報酬との重複がないように役割分担の明確化が必要ではないかと。(21. 7. 15 斉藤委員)
- ② 予算で対応しているところ、診療報酬で見るところの役割分担も考えるべき。(21. 7. 15 小林委員)
- ③ 医療提供体制の整備を、診療報酬による手当のみで行うには限界があるため、

補助金・公費による手当について、地方自治体のお金も含めて検討すべきである。

(21. 8. 27 藤原代理人・経団連)

- ④ 診療報酬と医療提供体制が関係しているのは確か。診療報酬の加算で、提供体制や医療機関の行動に影響を与える部分はある。大きく変わったのは、地方分権が進み、補助金が一般財源化されたこと。地域が一般財源を使って医療提供体制を整える方針に変わっている。その中で、診療報酬がどこまでやるべきか。医療提供体制の責任主体のあり方の変化を踏まえて、診療報酬での対応のあり方を改めて考えてみないといけない。診療報酬、一般財源、補助金の配合で、各地域に合った対応が必要。(21. 8. 27 岩村委員)

11 その他

- ① 診療報酬の見直しの基本方針は、総額のプラス・マイナスが出る前に策定することとされているのが悩ましい。プラス・マイナス両方をにらむことになるから、基本方針の記述は慎重に検討することになるろうか。(21. 7. 15 岩本委員)
- ② 医療費の配分の件について、勤務医と診療所の院長の給与の差について、現状が適切なのか。適切でないなら、どの程度なら適切なのかを見える形で示してほしい。診療所の経営者は、経営リスク、管理責任を負い、交代もできない。年齢についても考慮がされていない。労働時間についても、40歳以上では診療所医師の方がいずれも長い。また、開業医は、学校医、夜間診療所当番、介護保険審査会の担当など様々な地域医療活動をしているので、そうしたことを勘案するとそれほど差はないのではないかと。病院だけでなく、診療所も危機的な状況にある。(21. 11. 16 藤原委員・日医)
- ③ 開業医で勤務医を経験していない人はおらず、勤務医の厳しさはわかっているし、開業医になって楽になっていない。当方の医師会では、医師がいなくなった小児科の基幹病院に開業医が入って、協力して診療体制を組んでいる。開業医と勤務医の年収のみで比較し、その診療報酬に差をつけるのはやめてほしい。このような基準で診療報酬を下げると、勤務医ばかりでなく、開業医の立ち去りも起こるだろう。(21. 11. 16 高原委員)
- ④ 勤務医の給料はもう少し上げてもいい気はするが、開業医か勤務医かという議論は利用者からみてどうかと思う。(21. 11. 16 樋口委員)
- ⑤ 病院でも5時に帰る人もいるし、診療所でも休みなく働いている人もいるので、病院か診療所かという構図ではなく、それぞれの医療従事者について、きめ細かく見ていき、負担があるところに手当をしていく必要がある。そうすれば国民の理解も得られるし、このパイではどうしようもないということも部会として書き、理解を求めていくこともあるのではないかと。(21. 11. 16 和田委員)
- ⑥ 「勤務医の負担軽減」は重要な視点。急性期病棟の看護師も長時間勤務となっており、勤務医だけでなく、看護師の負担軽減も重要。(21. 11. 16 逢見委員)
- ⑦ がん医療の推進について、化学療法、放射線療法等の評価を引き続き評価して

ほしい。がん登録について、診療報酬に入るか微妙だか、評価を考えてほしい。
(21. 11. 16 藤原委員・日医)

II 診療報酬以外

- ① これから高齢化社会で医療費が増大していく。診療報酬の相互扶助の仕組みにも限界があるのではないか。各自の自助努力についても検討が必要なのではないか (21. 7. 15 齊藤委員)
- ② 社会保障費の国際比較を見ると、日本は決して高くない。(21. 7. 15 樋口委員)
- ③ 昨年富山県に行ったら、救急搬送のその年度増加分の9割が高齢者であった。在宅の高齢者医療が不十分なこと、また、老健施設や特別養護老人ホームで救急対応できないために、救急車の要請をしている場合が多いのではないか。これで若い人の救急の受診機会を奪うことがあってはならない。(21. 7. 15 樋口委員)
- ④ 少子化対策などの若い世代のための財源を奪うようなことがあってはならない。あるべき日本の姿を議論し、必要な財源は作るべきだ。(21. 7. 15 見坊委員)
- ⑤ 後期高齢者の制度は、何故75歳でわけたのか、今でも疑問だ。医療の内容は連続しており、75歳の前後で変わるわけではない。(21. 7. 15 見坊委員)
- ⑥ 高知県には療養病床が一番多い。療養病床の新型老健などへの移行の方針は、当初の極端な方針からゆるやかになってきてはいるが、いわゆる医療難民をださないように慎重な取扱いを要望したい。(21. 8. 27 岡崎委員)
- ⑦ 4つの視点はそのとおりだが、現実的なところが欠けている。救急医療を担う医師が不足しているのが地域の実態。医師が偏在しているのではないか。小さな医療圏の患者を他の医療圏では受け入れてくれない。医療圏間の協定が必要だが、簡単にはいかない。診療報酬だけでどうにかなるかは疑問。医師の適正配置が重要 (21. 8. 27 山本委員)
- ⑧ 公立病院はなぜ赤字になるか。地方は高齢者が多いが、高齢者は様々な診療が必要であるため都市部の病院に行ってしまう、患者がいない。大学による医師派遣が必要。医師偏在が生まれないようにしないといけない。(21. 8. 27 山本委員)
- ⑨ 過疎化、高齢化は地方都市で起きている。医師を1.5倍にしてもそういった地方に配置されなければ問題は解決しない。(21. 8. 27 西村委員)
- ⑩ 生活保護が急激に増えているのは大都市部。これは単身高齢者の増加が原因。高齢化により都市部で急激に高齢者が増えることを考えれば、地方も大変だが、大都市部の急速な高齢化が一举に医療費を押し上げることに留意しなければならない。(21. 8. 27 岡崎委員)
- ⑪ 高額療養費は複雑であり、見直しが必要。(21. 8. 27 逢見委員)
- ⑫ 白血病に関しては、患者の負担が大変重く、高額療養費の特定疾病への追加など様々な要望をしている。(21. 11. 16 大谷委員)

- ⑬ 患者の負担軽減に関して、基本方針の中に一項目入れて、がん治療の方々の負担軽減のために盛り込んでいただけるよう議論をしてほしい。(21. 11. 16 大谷委員)