

- ④ 後発医薬品は安いですが、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、適用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・適用外薬について、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)
- ⑩ 基本方針の3ページ目の「イノベーションの適切な評価」について、未承認薬や未承認適用の問題があるが、具体的に文字としてないが大丈夫か確認したい。(21.11.25 岩月委員)

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うれしい。(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は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シングホームをモデル事業として取り上げてもらえれば、QOL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。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ライアージも重要。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)
- ⑱ 有床診療所の存在意義を再認識したい。身近な医療機関として、新たに評価され必要とされてきている。いわゆる看取りに近い終末期の医療、あるいはホームドクター的に存在する医療としての役割があり、これに配慮していかないと、大きい病院だけでは国民に必要な医療の充実も間に合わないことになると思われる。(21. 11. 25 横尾委員)
- ⑲ 介護認定を受けている人が病気になった時に、一番困るのが通院である。病院の前でヘルパーの役割は終わる。病院に入ったら、医療保険の中で、病院の人が案内してくれるはずだが、人手が足りない。ガラス戸の向こうとこっちで介護と医療が分かれている。配慮がほとんどない。介護保険の存在について、認識していただき、本当の連携をしていただきたい。(21. 11. 25 樋口委員)
- ⑳ 介護と医療がシームレスになっていないのは都会の方だと思う。田舎では介護のヘルパーは病院の中まで入ってくれている。最後の在宅末期も見ている。訪問診療もちゃんとやっている。在宅での病診連携、診診連携、病院と訪問看護ステーションの看護師の連携など、都会では問題になっているが、中都市ではうまくいっていると思う。有床診療所も同じで、田舎で役に立っている。都会で有床診がないから要らないという議論があるように感じる。どこで何ができていないのか、地域的な差をもう少し見ていただきたい。(21. 11. 25 高原委員)
- ㉑ 看護職の役割を有効に発揮できるようにして欲しい。回復期リハ病棟は、患者への看護支援が少なくなるので看護師の配置数は少なくてもよいという従来からの前提に立っているが、在院日数の短縮化で患者の重傷度が高くなっている。基本方針にもあるように「安心・安全で、生活の質にも配慮した医療を実現する視点」から、看護師の担う役割を具体的に評価してほしい。(21. 11. 25 紙屋委員)
- ㉒ 医療クラークの配置は、看護職あるいは医師が本務に専念できるように重要。評価していただければと思う。(21. 11. 25 紙屋委員)
- ㉓ 医療施設の偏在、都市と地方の問題だが、都市部は医師が多いように見えるが、人口比から見ると少ない。地方の方が場合によっては多く、医療と介護が連携しやすい。都市か地方かで決めつけないでいただきたい。(21. 11. 25 見坊委員)
- ㉔ 介護と医療の連携は非常に重要と感じる。縦割りではなく、十分に調整しながら進めていただきたい。(21. 11. 25 見坊委員)

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。(21. 7. 15 斉藤委員)
- ② 予算で対応しているところ、診療報酬でみ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だろうか。(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て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。(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)
- ⑧ 日本列島は非常に広く、地域間格差が大きい。様々な地域の違いを見ていかなければならない。地方においては、開業医の方がかかりつけ医として非常にいい例がある。同時に、これから高齢化が進むのは大都市であり、ずっと注視していたが、あつという間に一人暮らしが多くなった。介護がどうやってかかわっていくのかが大問題。地方でうまくいっている例を都会で生かすにはどういう方法があるのか。過疎地においても、手術の同意書を取るのに家族がいなくて困る場合がある。社会全体として配慮いただきたい。(21. 11. 25 樋口委員)
- ⑨ 介護予防という言葉があるが、発想がそもそもおかしい。言うならば健康保持。異論はいろいろあるが、介護保険制度の中に介護予防はあまり入れるべきではない。ヘルス事業は保健事業において公費で出すべき。(21. 11. 25 樋口委員)

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 斉藤委員)
- 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、現実的などころが欠けている。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挙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)
- ⑭ 過去にも診療報酬改定での対策が重ねられてきたが、この診療報酬改定のみではいまの医師不足などの課題は解決しないのではないか。広範な対策も考えねばならない。例えば、へき地等の医師不足問題では、へき地に勤務する医師とその家族の理解が不可欠であるし、さらに現状では研修に出かける機会も難しいことも課題になっている。そこにはネットを使った最先端医療についての研修サポートなどが必要で、その充実を図るなど、診療報酬以外の対策充実改善も必要である。(21. 11. 25 横尾委員)
- ⑮ 患者の負担軽減について、基本方針に入れて欲しいと考えていたが、この医療保険部会で別途議論すべき問題ということなので、今後に期待したい。(21. 11. 25 大谷委員)
- ⑯ 患者との対話のない医者が多いと感じる。患者サイドも勉強しなければならないが、医師の方も親切に患者と話し合うことが必要。(21. 11. 25 見坊委員)