

MMPG 診療報酬改定レポート

発行：MMPG（メディカル・マネジメント・プランニング・グループ） 作成：MMPG医療・福祉・介護経営研究所

発行者：（株）ユアーズブレーン 広島市中区国泰寺町 1-3-29 デルタビル 3階 TEL 082-243-7331

平成28年1月22日 中医協 総会（第324回）【公聴会】

- ① 「医療費を抑えないと国民皆保険制度の崩壊」と健保組合
- ② 「看護夜勤の上限144時間制限の復活が必要」と連合
- ③ 「在宅医療、訪問看護の体制整備を」と難病患者
- ④ 「診療所の医師に対する評価は不十分」と開業医
- ⑤ 7対1病床の削減、「医療崩壊につながる」と病院長
- ⑥ 「初・再診料の引き上げが不可欠」と歯科医
- ⑦ 門前薬局の適正化、「対象は大型チェーン薬局」と薬剤師
- ⑧ 訪問看護師、「人生の最終意思決定」の支援への評価を要望
- ⑨ 平均在院日数、「議論は俎上にはのっていない」と支払側
- ⑩ 患者本位の医薬分業、「薬剤師の裁量権」めぐり議論

【概要】

診療報酬改定の答申直前に国民から意見を聴く場として恒例となっている「公聴会」が、さいたま市の浦和ロイヤルパインズホテルで開かれ、意見発表者10名が参加した。

意見発表者は、保険者2人、労働組合1人、中小企業1人、患者代表1人、医師2人、歯科医師1人、薬剤師1人、訪問看護師1人という構成。質疑では、平均在院日数や医薬分業などが議論になった。

【詳細】

① 「医療費を抑えないと国民皆保険制度の崩壊」と健保組合

埼玉機械工業健康保険組合常務理事のA氏と、川口市健康増進部国民健康保険課課長補佐のB氏——の2人から、次のような意見が出された。

A氏は、健保組合が置かれている厳しい状況を説明した上で、「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」と危惧。①7対1入院基本料の見直し、②調剤報酬の適正化——について意見を述べた。平均在院日数の短縮には触れなかった。

○A氏（埼玉機械工業健康保険組合常務理事）

（前略）健保組合が置かれている状況について説明したい。現在、経済情勢は回復基調にあるとは言われているが、埼玉県のような地方にあまり浸透しておらず、私たちの国民生活もなかなか回復の実感がないというのが実情である。（中略）健康保険料収入の95%が医療費と納付金で残りはたった5%し

かない。(中略)なかなか思い切った施策ができないという状態である。(中略)この間、60組合もの健保組合が解散に追い込まれている。(中略)埼玉県に29の健保組合があるが、そのうちの8割に当たる23組合が赤字予算である。ここ3年で埼玉県の中央組合が料率を引き上げている。こうしたことを踏まえると、やはり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いるので、今回の改定においても、それを要望していたが、残念ながら診療報酬本体はプラスということになってしまった。(中略)2点ほど具体的な意見を申し上げる。1点目。入院医療の機能分化について。(中略)現在、35万床を超える7対1入院基本料の算定病床だが、重症度、医療・看護必要度の評価指標の見直しなど、真に患者の状態に合った評価を行っていただきたい。2点目は調剤報酬の適正化。昨年是一部の調剤薬局で、お薬手帳の未記載問題等があった。大変遺憾な問題だと思う。医薬分業によって負担額が増えているにも関わらず、このようなことが行われると、その業務やサービスが本当にできているのかと感じてしまう。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、(中略)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。ご検討いただきたい。

(同日の発言を要約、以下枠内にて同じ)

続いて、B氏は生活習慣病の重症化予防が「人工透析などの医療費抑制に大きく寄与する」と指摘した上で、レセプトや特定健診のデータを活用した事業に注力していることを紹介。「かかりつけ医と保健師、看護師との情報共有が核である」と述べた。

○B氏(川口市健康増進部国民健康保険課課長補佐)

(前略)医療保険者の立場として、また主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る。1点目は、「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保険者として、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注力している。(中略)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名の方がその方に合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いれていただきたい。(中略)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に医師、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。2点目は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と感じる。(中略)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て保険事業につなげる手だてに現在、力を入れているので、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用する方法がないか検討課題と考えている。(中略)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、多職種連携の取り組みを推進することにも強く賛成する。最後になるが、川口市では自殺対策にも力を入れている。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。

② 「看護夜勤の上限 144 時間制限の復活が必要」と連合

労働組合や中小企業の立場からは、どのような意見があったか。日本労働組合総連合会（連合）埼玉県連合会の事務局長を務めるC氏は「看護職など医療従事者の負担軽減」を挙げ、「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」と主張した。

〇C氏（日本労働組合総連合会埼玉県連合会事務局長）

（前略）4点、意見を述べる。1点目は、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ことを強調させていただきたい。（中略）2点目は、地域包括ケアシステムの構築である。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。しかし、人口 10 万人当たりの医療機関数、また病床数、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。（中略）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、医療の資源の地域偏在を解消していくよう要望する。3点目は、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くよう要望する。（中略）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、すべ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っていただくことを要望する。4点目は、看護職など医療従事者の負担軽減を推進していただくよう要望する。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くことをお願いしたい。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と思っている。一昨年国会では、過労死等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だと考えている。

一方、埼玉県中小企業団体中央会専務理事のD氏は、賃上げ圧力の高まりなどを指摘し「ほとんどの企業が経営の危機にある」と現状を説明。効率的で効果的な医療の継続を要望した上で、後発医薬品の使用促進策などについて意見を述べた。

〇D氏（埼玉県中小企業団体中央会専務理事）

（前略）直接的には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は都道府県によって大きな開きがある。例えば、1位は沖縄の 73.3%だが、最下位は徳島の 49.9%ということで、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いるわけだが、使用状況の高い県に対するインセンティブ、あるいは低い県に対するペナルティーというか、そういったものがあってもいいのではないか。また、こういう話をするといろいろな方から批判を受けるが、（中略）皆さん毎年、健康診断を受けており、健康診断結果が悪い人、例えばA B C D評価で、CやD、Eという判定をもらった人がいる。そうした方の医療費と、一生懸命努力してA評価、B評価の方の医療費というのが同じでいいのだろうか。例えば、健康診断結果Dをもらって、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わけだが、そういった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というようなことも、これは中医協の議論ではないかと思うが、そういうことも常々考えている。

③ 「在宅医療、訪問看護の体制整備を」と難病患者

難病患者の立場からE氏（明治学院大学）が意見を述べた。E氏は、難病に関するこれまでの施策を振り返り、昨年1月施行の難病法によって「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」と評価。法律施行後初めてとなる診療報酬改定に向けて、「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に、在宅医療、訪問看護の体制の整備を要望する」と述べた。

質疑で、患者を代表する立場の委員である花井十伍氏（連合「患者本位の医療を確立する連絡会」委員）は「今回の診療報酬改定で、難病対策としては前進と評価するのか、それとも、まだ今後やはり診療報酬でやるべきことがあると考えるのか」と尋ねた。

E氏は「難病患者への医療供給のためには、専門的な医療を受けられる拠点と身近な医療と、その両方の連携が必要」との考えを述べた。

④ 「診療所の医師に対する評価は不十分」と開業医

開業医の立場から、さいたま市西区で在宅医療を中心に取り組む診療所院長のF氏は「在宅医療を含め、診療所の医師に対する評価は不十分」と苦言を呈し、「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たい」と要望した。

○F氏（開業医）

（前略）認知症を含めた一般外来と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。（中略）本日は、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させていただく。いわゆる2025年問題に関連して、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は喫緊の課題となっている。現在、埼玉県でも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所もあり、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関わらず、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と思う。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ものであり、地域包括診療料や地域包括診療加算も、届出医療機関の数を見ると、施設基準や点数設定、さらには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と思う。こうしたことから、かかりつけ医の在り方について、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と思う。在宅医療に関しては、在宅患者訪問診療料や在宅療養指導管理料で「1患者1医療機関」とするなどの通知上の制約があり、様々な疾患を有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する必要があるのではないと思う。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と思う。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程度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と思う。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催されているが、医療機関の原資は診療報酬となる。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。

⑤ 7対1病床の削減、「医療崩壊につながる」と病院長

7対1病院院長のG氏は、「重症度、医療・看護必要度」の新基準でシミュレーションした結果を示し、調査した病院の約4割が基準を満たせなくなることを指摘。「全身麻酔の手術件数の多い外科系病院には有利であり、内科系の総合病院はたぶん病院経営が困難であろう。医療崩壊につながるのではないかと。激変緩和、あるいは基準の見直し等をお願いしたい」と訴えた。また、中医協で議論になっている平均在院日数については、「病院によって地域特性がある」との事情を説明し、「これ以上に短縮することは限界であり、いかなるものか」と短縮化に疑問を呈した。

○G氏（7対1病院院長）

（前略）私は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をやっている。また、埼玉県では埼玉県社会保険協会の会長も務めている。埼玉県はご存じのように、人口730万人、通勤・通学を含めて1日100万人が首都圏に出ており、「埼玉都民」と言われる県である。人口10万対で言うと、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、それから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。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に入るところで、整形外科が有名である。紹介率・逆紹介率については、紹介率90%、逆紹介率70%以上の地域完結型の医療をやっている。私は病院を代表して、本日は平成28年度改定における意見を述べたい。2点、話す。本体0.49%プラスということは、そのプラス分はどこにいくのかということが明確に分からない。それを前提にして、7対1病床の削減と救急医療について私の意見を述べたいと思う。まず7対1病床削減についての1つである「重症度、医療・看護必要度」についてだが、現在、15%のところを、案としてはAかつB、それからA3、M項目等の新基準で25%が言われている。私ども日病協の診療報酬実務者会議の7対1病院の実情を11月分のシミュレーションでやってもらった。11病院の中で、20.8%から30.1%ということで、25%未満が5病院、25%以上が6病院ということで、40%以上がこの基準にない。全身麻酔の手術件数の多い外科系病院には有利であるし、内科系の総合病院はたぶん病院経営が困難であろう。医療崩壊につながるのではないかと思う。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項目に追加された救急搬送入院、1ないし2ということ、3とか4に伸ばしていただきたい。それからM項目については、内科系、全身麻酔以外に、腰椎麻酔、あるいは硬膜外麻酔、あるいはコイリング、PCI、それからアブレーション等は、これも結構、難渋な手術であるし、消化器系で言うと、内視鏡的な、例えばESD、それからESTというようなものも入れていただければと思っている。1カ月に限らず、直近3カ月の平均、これはシミュレーションによって月変動が非常に大きいということがあるので、その辺を考慮していただきたい。それから在宅復帰率、75%がいま基準であるが、パーセントを上げることはやぶさかではないと思っているし、当院は96%以上である。計算式を変えようとする動きがあるが、これは26年度改定で包括ケアシステムの構築のために地域包括ケア病棟というものを入れたものとか、今まで現在、存在している回復期リハ、あるいは慢性期病棟、サ高住、老健、特養等が退院先、在宅にあたるものと考えているので、式の変更は早急ではないかなと思う。それから在院日数のことであるが、これは今まで中医協の中では議論されていない。DPC対象病院はすでに在院日数は短くなっているし、病院によっては地域特性があることから、これ以上に短縮することは限界であり、いかなるものかと思われる。最後に、急性期、救急医療管理加算の評価であるが、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、それから救急搬送医学管理料の増額、それから救急医療管理加算のさらなる評価をしていただきたいと思っている。

⑥ 「初・再診料の引き上げが不可欠」と歯科医

歯科医のH氏は「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」と指摘し、患者からの相談対応などを十分に評価するため「初・再診料の引き上げが不可欠」と強調した。

○H氏（歯科医）

（前略）「平成 28 年度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状況は改善されると考えている。しかし、歯科医療に対する長年の無理解と関心の不足によって、まだまだ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限られた時間だが意見を述べる。私は、医療というものは絶対的に非営利であり、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、患者さんとの対話は医療にとって非常に重要であると考えている。（中略）しかし、患者さんの思いや気持ちを伺って、その方に最適の医療を行う部分の配慮が足りないように思う。弁護士の相談料のようなもの、ここを担保するのが初・再診料の役割ではないか。（中略）適正な医療費が設定されていないために、歯科は損益差額を圧縮して、できるだけ歯科医療を今までも提供してきた。（中略）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が極めて低い評価しか受けてこなかったように思う。特に最近では、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ことはお分かりではないか。社会保障に位置づけられた歯科医療の充実には、患者さんとのコミュニケーションが非常に重要であると考えている。そうした中で、いろいろ申し上げたいことはあるが、特に、初・再診料の引き上げが不可欠と考えている。

⑦ 門前薬局の適正化、「対象は大型チェーン薬局」と薬剤師

埼玉県内で 150 年以上続く薬局を運営している薬剤師の I 氏は、①かかりつけ薬剤師・薬局の評価、②後発医薬品の使用促進、③大型の門前薬局の適正化、④病棟薬剤師の業務の評価——の 4 点について意見を述べた、このうち③では、「対象はあくまで規模の大きい薬局グループ、いわゆる大型チェーン薬局であるべき」と主張した。

○I氏（薬剤師）

（前略）私からは 4 点ある。まず、かかりつけ薬剤師・薬局の評価について。（中略）続いて後発医薬品の使用促進について。（中略）3 点目として、いわゆる大型の門前薬局について。先日発表された改定の骨子では、調剤基本料の特例の内容として、処方箋受付回数ならびに調剤割合に基づく特例範囲の拡大、それから規模の大きい薬局グループにおける特定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というのが明記された。こちらについては、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だと感じている。ただし、その中には地域の中で、かかりつけ薬局として機能している薬局もあるので、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、その特例からは外されるべきではないかと思っている。これは患者本位の医薬分業の観点から必要な措置ではないかと思っている。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な仕組みづくりをお願いしたいと思っている。4 点目として、病院薬剤師の病棟業務について。（中略）医師をはじめ、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いるので、ICU、NICU、救命救急センター、手術室での薬剤師の病棟業務をさらに推進していく必要があると考えるし、こちらについても評価を十分に行っていただきたい。

⑧ 訪問看護師、「人生の最終意思決定」の支援への評価を要望

訪問看護ステーションを運営するJ氏は「在宅看取りの推進」を中心に意見を述べ、「人生の最終段階における意思決定の支援」を評価するよう要望した。

○J氏（訪問看護師）

（前略）本日は、平成28年度診療報酬改定に関して3点、意見を述べる。1点目は在宅看取りの推進について。（中略）在宅看取りは、その年によって看取り件数の変動がどうしても生じる。ほかの基準をすべて満たし、かつ緊急時スタッフ体制や備品や車の確保など準備体制を保っているにも関わらず、看取り件数が要件を満たさないために機能強化型を今年度は取れず、届出の変更を余儀なくされた。

（中略）看取り件数要件に一定の変動幅を認めていただくことを今後の議論でぜひご検討いただくようお願いする。また、在宅での看取りは、ご本人やご家族がどのような治療や末期の迎え方などの方針を望まれるか、十分に納得されて意思決定されることが安心した療養生活を送れることにつながる。（中略）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在り方についてもご検討いただきたい。（中略）2点目は、小児への訪問看護について。

（中略）小児の場合は、介護保険のケアマネジャーのような調整を行う職種がない。そのため、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て、小児の訪問看護が整備されるよう、ぜひ評価を充実していただきたい。最後に、認知症を持つ高齢者に対する支援について。（中略）退院後の訪問看護の取り組み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になってしまう可能性がある。（中略）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、今後検討していただきたいと思う。

⑨ 平均在院日数、「議論は俎上にはのっている」と支払側

意見発表に対し、中医協の委員らはどのような反応を示したか。前半の質疑では平均在院日数について、後半では医薬分業や後発医薬品の使用促進に関心が集まった。

支払側委員の幸野庄司氏（健康保険組合連合会理事）はG氏（7対1病院院長）の「在院日数は今まで中医協で議論されていない」との発言を指摘し、「議論は俎上にはのっている」と主張。「12月初旬に医療課から資料が出て、平均在院日数と医療密度がどういう関係にあるか、そこをどう考えるかという議論がなされている。平均在院日数が長い医療機関ほど医療密度が低い傾向にあるという資料も提示され、われわれ支払側としては、そういう傾向やデータも踏まえて、これも指標に入れるべきだという主張をしている」と述べた。

幸野氏は、「現時点の骨子」の中に「平均在院日数」の文字がないことを問題視しており、同日の公聴会では意見発表者に先立って意見を陳述。「急性期病棟の評価指数として、重症度、医療・看護必要度、それから在宅復帰率と共に平均在院日数が非常に重要な要素」と主張した。公聴会に先立つ1月13日の中医協総会では、平均在院日数の記載をめぐり議論が紛糾したため、幸野氏が公聴会で意見を述べる条件で「現時点の骨子」を了承したという経緯がある。

幸野氏の指摘に対しG氏は「議論がされていないということはちょっと言い過ぎだった」としながらも、「12月までの議論では在院日数に関してはあまり議論されていなかったと私は感じている」と返し、「私どもDPC対象病院については、すでに在院日数はもうギリギリのところまで来ている。現在、削減をするという段階ではない」と主張した。

続けて、診療側委員で日本医師会（日医）副会長の中川俊男氏がG氏の発言を援護。

「平均在院日数が長い所が比較的、医療密度が短い所よりも低かったというだけで、それがどうのこうのという議論はしていない。G先生がおっしゃるとおり」と述べた上で、「日本の医療政策の中で、平均在院日数の短縮は医療を歪めている。一つの表れとして、勤務医の過度な疲弊につながっているのではないかと改めて主張した。

⑩ 患者本位の医薬分業、「薬剤師の裁量権」めぐり議論

後半の質疑で支払側委員の幸野氏は「患者目線の本質的な医薬分業が進んでいるかという疑問が投げられている」と指摘し、「どのようなことを重点的に進めれば患者本位の医薬分業が今後行われていくか」と質問。さらに後発医薬品の使用促進について「これが一番効果的だということがあれば教えていただきたい」と尋ねた。

患者本位の医薬分業についてI氏（薬剤師）は「医師が処方し薬剤師が調剤する原則を守っていくことが第一」としながらも、「調剤業務を行うとき、薬学的管理で私たちが何か疑義を生じたときはもちろん『医師の指示の下で』ということにはなるが、その権限というか、裁量権というものをもう少し認めていただいたほうがよりスムーズに分業が進んでいく、患者のためになる業務が行えるのではないかと答えた。

また、後発医薬品の使用促進については「医薬品の安定供給や在庫の問題など、環境整備をお願いしたい」と要望。後発医薬品に対して患者や医師らが不安を感じていることを指摘した上で、「薬剤師もちろん説明を毎回しているが、また別の角度からも周知されていくことが重要ではないかと述べた。

こうした発言に対し日医の中川氏が「薬剤師の裁量権をもっと認めてほしいというのは、例えば具体的にはどんなことか」と質問。I氏が「医師の先生方と向き合うとなかなか言いにくい点がある」と言葉を濁しながら、「もし疑義が生じたときに、その意思の疎通をもっとスムーズにやって、先生方とお話をした上で納得してやっていきたいと感じている。それがなかなか現場ではうまくいっていない状況もあると聞く」と理解を求めた。医薬分業について「院内処方と院外処方どちらが患者にとってベターか」との質問には、「やはり院外処方のほうがよい」と答えた。

このやり取りを受け、公益委員の松原由美氏（明治安田生活福祉研究所）は「薬剤師の裁量権に関して、ちょっと言いづらいかも、ということだったが、疑義が生じたときに納得してやっていくためには最低限、何が必要だとお考えだろうか」と尋ねた。

I氏は「疑義照会の中で最も問題になるのは、医師の先生方とタイムリーに意思の疎通が図れて両者が納得できるかという点」と回答。「薬局もそれなりに忙しい、医師の先生も忙しい。その中で患者さんを目の前に、時間の制約がある中で医師に問い合わせをして決めていく」と現状を説明し、「お互いの提案があり、お互いの着地点がある。そこを探っていく中での立場の違いというか、そういう点について最も苦慮する」と述べた。

【今後の予定】平成28年1月27日（水）

株式会社ユアーズブレン

H28年度診療報酬改定解説セミナー

来年度の診療報酬改定の改定率が12月21日に決定し、全体ではマイナスの改定となりました。診療報酬本体はプラス改定であることから、12月7日に発表された基本方針に沿って、地域包括ケアで代表される機能分化と医療連携、チーム医療としての院内連携、在宅診療や訪問看護を中心に配分されます。

ユアーズブレンでは、以前からご好評を頂いております長面川さより先生をお招きし改定のポイントを詳しく解説して頂きます。是非ともご参加頂き、改定対応にご活用下さい。

- 講師：長面川 さより（なめかわ さより）先生
（株式会社医療情報科学研究所 代表取締役）
- 主催：株式会社ユアーズブレン 医業経営コンサルティング部
- 開催日：平成28年3月13日（日曜日）13:00～17:30
- 会場：広島国際会議場 地下1階「ヒマワリ」（平和記念公園内）
- 受講料：1名様 10,800円（料金税・資料代込、定員：300名）

無料配信中！

期間限定！診療報酬改定情報メールマガジン

弊社では、中医協による最新の改定情報を分かりやすくまとめた『診療報酬改定メールマガジン』を無料配信中です。ご希望の方は下記の通信欄に記入の上FAXにてお申込みください。
 ※本セミナーに参加されない方でもメールマガジンの配信をお申込頂けます。
 ※Web申込みの方は「ご質問・ご要望欄」に「メルマガのみ希望」と記載しお申込ください。
 ※頂いたメールアドレスは『診療報酬改定メールマガジン』の配信のためだけに利用します。

ネットで今すぐ検索！

ユアーズブレン 診療報酬

受付後、受講案内をFAX送付致します（2営業日以内に連絡ない場合 お問合せ下さい）
 複数名でのお申し込みの場合は、コピーしてお申し込みください

F A X : 0 8 2 - 2 4 9 - 7 0 7 0

ふりがな		TEL(必須)	()
機関・施設名 (必須)		FAX(必須)	()
		e-mail	
お名前(必須)		役職	
ご住所			

【いずれかに☑】 3/13 診療報酬改定セミナーへ 参加する 参加しない

【いずれかに☑】 診療報酬改定メールマガジンの配信を 希望する 希望しない

TEL：082-243-7331 **株式会社ユアーズブレン** セミナー運営担当 芝・大迫
 ※弊社同業者からのお申込みはお断りしております、ご了承ください。