

中央社会保険医療協議会総会（公聴会）の概要

令和4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、中医協委員が国民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

令和4年1月21日（金）10時00分～12時00分

2. 開催場所

オンライン開催

（新型コロナウイルス感染症対策の観点からオンライン形式により開催することとし、公聴会の様子はYouTube（中央社会保険医療協議会動画チャンネル）のライブ配信により公開。）

3. 出席者

- ・ 中医協委員（総会委員）、保険局長、大臣官房審議官
- ・ 公募による意見発表希望者の中から公益委員が選定した意見発表者12名

4. 意見発表の主な内容

意見発表者①（秋山実・日本航空健康保険組合理事長）

- 健保の令和2年度決算集計によると、全体の3分の1の健保は赤字。収入面では、経済の低迷により平均標準報酬月額と平均標準賞与額はいずれも低下し、保険料が大きく減少。支出面では、後期高齢者医療拠出金が増加し、義務的経費に占める拠出金割合は平均48.1%となり、全体の約4割に及ぶ健保で拠出金割合が50%を超えている。さらに足元では保険給付費が急激に伸びている。コロナ禍の中において少子高齢化は着実に進展し、支え手が減少する中で、いよいよ今年から団塊の世代が75歳以上になり始め、この数年で高齢者医療拠出金が増加し、保険財政は危機的状況を迎えることが確実。10月以降は後期高齢者でも一定以上の所得があれば自己負担が2割になるが、それでも過大な現役世代の負担軽減にはほど遠く、さらなる給付と負担の見直しが求められている。
- 給付の見直しに向けては、後期高齢者が急増し始めるタイミングで行われる今回の改定は特に重要な意味を持つと認識。被保険者と事業主から預かった保険料、限りある保険財源を有効活用するために、これまで以上に重点化と適正化のメリハリを利かせ、より安心・安全で効率的・効果的な医療を実現することが不可欠。
- まずは入院と外来のいずれも、医療機能の分化、強化と連携をさらに進めていただきたい。入院については、人口構造の変化に対応し、医療ニーズを過不足なく満たすことが重要であり、特に急性期医療において医療資源の集約が進み、新型コロナのような有事にも

対応できる強い医療提供体制につながるように、入院基本料の見直しを行っていただきたい。外来については、患者が選んだかかりつけ医をまず受診し、必要に応じて専門医や入院へスムーズにつなげてもらうことが大切。コロナ禍の教訓から、保険者としても、かかりつけ医を持つことで安心が高まることを加入者に周知しているが、個人がかかりつけ医を探そうというときには、やはり国や医療施設がかかりつけ医になる医療機関についての情報提供や情報公開をすることが効果的。

- コロナの医療費については、一昨年の春にPCR検査が保険適用されて以降、治療費について様々な特例措置が設定され、診療報酬が通常より高くなっているが、自己負担が公費で補助されるため、大部分を保険で給付している事実を御存じない方も多いように感じる。保険者としては、保険適用された部分は責任を持って給付するが、限界がある。今回の教訓を生かして、国の責任で対応する部分と医療保険制度で対応する部分を改めて整理することが必要。
- 不妊治療は、我々現役世代の保険給付に特に影響がある。保険適用するからには患者の希望に応えられるよう、安全で効果的な内容としていただきたい。さらに、企業の働き方や子育て支援を含め、国を挙げた総合的な対応について厚労省が中心となって御検討いただきたい。

意見発表者②（松井道宣・京都九条病院理事長）

- 現在、オミクロン株が猛威を振るっており、全国各地で感染者数が過去最大を更新しているが、医療従事者は常に感染リスクにさらされ、感染者増とともに多くの医療従事者が感染あるいは濃厚接触者になり、仕事ができなくなっている。病院のベッドに空きがあっても、医療従事者がいないため十分な医療が提供できないという状況になっている。
- 今回のコロナ禍において、京都府では当初から京都府が入院医療コントロールセンターを設置し、感染者の情報の一元管理を行ってきた。症状やリスクに応じて入院や宿泊療養のトリアージを行い、入院については病院の診療機能と余力を鑑みながら入院先を決定し、症状悪化時の上り搬送や軽快時の下り搬送など医療機関がそれぞれの機能に応じて、役割を分担し連携を行った。結果として限りある医療資源を有効に活用し、感染者増にも対応することができたと考えている。
- 今回の感染症を経験して、医療機関の機能に応じた役割分担と連携の重要性を改めて確認した。一方で、課題となったことは、感染の拡大によって医療が逼迫し、通常医療が大きく制限されたこと。このたび感染症対策が5疾病5事業に加えられることになったが、その目的は、新たに起こるであろう感染症に対しても通常医療を損なうことなく医療体制を維持することであり、そのための医療資源、人材の余裕のある確保などが必要であることが明確になった。
- 言うまでもないことだが、医療機関経営を健全に維持するための原資は、診療報酬しかない。今回の医療経済実態調査の結果を見ても、新型コロナウイルス感染拡大の影響は大

きく、新型コロナウイルス感染症関連の補助金が断続的に投入されたにもかかわらず、多くの病院で収益が悪化しており、診療報酬による手当てが十分でないことは明白。

このような中、令和4年度の診療報酬改定が本体プラスになったことは、医療機関にとって明るい材料ではあるが、その財源をどのように分配するか、この中医協での議論が非常に重要な意味を持つことになる。

- 病院の現場では、不測の事態に備えて基準以上の人員配置を当然のように行っているが、その状況を見て、人員に余剰があるという誤った解釈がなされ、改定のたびに要件が厳格化されるようであれば、経営が圧迫され続けることになる。国民が求める十分な医療提供体制を維持し続けるためには、有事にも耐え得る余力を平時にも確保しておく必要があることから、人員に対する評価は極めて重要。病院がどのような機能を選択したとしても、一定の余裕のある経営が成り立つような診療報酬体系であるべき。今回の新型コロナウイルス感染症の経験を糧に、これまでの医療費抑制政策が見直されることを望む。
- 近年の診療報酬改定は、前回改定を踏まえてその結果を検証し、次の改定に生かすという方法が確立している。この方法は改定内容が医療現場に寄り添うものであったかを確認する上で非常に有効な仕組みといえる。一方で、改定のたびに手直しされる項目が固定化されてしまうという課題もあり、医療現場に過度な負担を強いる要因となっている側面もある。7対1看護配置の急性期一般入院料等はまさにその象徴的な点数。直近の中医協総会においても、重症度、医療・看護必要度の評価項目の見直しに関するシミュレーションが提示されたが、日々患者さんの治療やケアに当たっている医療従事者の現場感覚と大きな乖離がある。通常の入院患者さんに加えて新型コロナ患者への対応に苦慮する中で、献身的に目の前の患者さんに寄り添い続けている医療従事者の努力をぜひとも正当に評価いただきたい。

意見発表者③（宿野部武志・一般社団法人ピーペック代表理事）

- ピアサポートという、同じ病気の人が同じ病気の人を支えるという取組を医療の現場の内と外で生かすことを進めていただきたい。人は病気になったときに、不安になったり、恐怖に襲われたりする。その際に、同じ病気を持つ立場からの支援、ピアサポートの関わりがそういった方々を支える意味で大変重要かつ効果的。治療の場面において、同じ病気のサポーターや患者会などのピアサポートにつなげることを積極的に進めていただくということが、医療者の負担軽減にもつながる重要なことではないか。実際にアメリカでは、がんの領域で、医療者だけではなく、一般市民が一緒になってがん患者に伴走するシステムを導入した病院があり、実際に医療費が下がったという事例もあるので、例えばチーム医療の中にピアサポートワーカーという職種を加えていただくことを検討していただくこともよいのではないか。
- 3人に1人が病気を持ちながら働いているという現状もあることから、治療と仕事の両立の支援は、本質的には病名というよりも、その個別の症状で対応してほしい。療養・就

労両立支援指導料に関しては、本制度の施行後、まだ件数自体がかなり少ないという実態がある。病気を持つ人が安心して就労し続けるための支援を多くの患者が受けられるように要件緩和を進めていただきたい。

- コロナ禍において感染リスクの高い患者の通院は大変不安を伴うものになる。特別な検査など通院をしないと行えないというものでなければ、オンラインで診療を行ってもらえる状況だととても助かる。コロナが終息しても体力的に厳しい患者にとっては通院自体もかなり大きな負担になっているので、オンライン診療が受けやすい環境が整備されることはとてもありがたいもの。希望される方が格差なくオンラインで受診できるように医療機関の体制を整えていただきたいし、その推進のバックアップもぜひお願いしたい。
- 多くの国民が、治療は受けるものという意識が強いのではないかと思うが、医療は全ての国民が関わるものであり、つくり上げていくもの。自身が受けた医療を理解して、医療に参加する意識を高めるためにも診療明細書の無料発行をお願いしたい。私自身、自分から申し出て診療明細書を頂き、自分の治療についての理解を深めているという現状がある。通院、入院、在宅など、受診形態にかかわらず医療を受けた全ての患者が無料で受け取れる環境を整備していただきたい。

意見発表者④（黒瀬巖・ケイアイクリニック理事長）

- 今回の診療報酬改定に向けた中医協では、かかりつけ医の役割について熱心に御議論いただいております。また、コロナ禍にあつて国民のかかりつけ医に対する関心も高まっていると認識。我が国では、高齢化の進展に伴い、複数の慢性疾患を抱える患者さんが増加しており、予防や健康管理のほか、在宅医療や介護を含めて継続的に患者さんを診療する必要性が高まっている。また、今般のコロナ禍のような有事の際には、患者さんが必要な医療にアクセスできるようにするために、緩やかなゲートキーパー機能を備えたかかりつけ医機能を推進する必要性を感じている。

ただ、御議論の中には、かかりつけ医を制度化することを求めている御意見もあると承知している。そもそもかかりつけ医とは、制度化により義務づけられるものではなく、国民皆保険の基本原則であるフリーアクセスの下、患者さん御自身が自由に選択すべきもの。かかりつけ医の制度化により、患者さんの選択の自由が阻害されたり、あるいは包括払いを導入することで医師の裁量が制限されてしまい、かえって患者さんに必要な医療を適切に提供できなくなるような事態に陥ることは絶対に避けるべき。かかりつけ医機能の普及は、各地の医師会で行っているかかりつけ医機能研修制度等の拡充によってかかりつけ医そのものの質を向上させるとともに、国や保険者も含めた関係者全体で患者さんに対して上手な医療のかかり方の普及啓発を行いながら進めていくべき。

- 新型コロナの感染拡大期において、オンライン診療が一定の役割を果たしたことは間違いない。一方、医療現場においては対面診療のほうがより質が高く安全であり、単に利便性や営利性を優先した拡大を目指すべきではない。オンライン診療は、ただ単にDXという

時代の流れに翻弄されながら進めていくのではなく、診療の質を担保しつつ、安全性と信頼性を柱とする適切な基準や点数設定を行うべきであり、対面診療を前提とした医療提供体制を壊してしまうようなオンライン診療へとはならないよう、診療報酬の仕組みづくりこそが喫緊の課題である。

- 2年にわたり全国の医療機関は感染リスクを乗り越え、風評にも耐えながら新型コロナ感染症と全力で闘っている。診療所では複数の慢性疾患を抱える高齢の患者さんを診療する機会も多いために、重症化リスクが高い患者さんも診療しながら、同時に感染症の患者さんを受け入れることはなかなか難しい面もある。小規模な診療所が多いために、発熱患者を受け入れる場合には感染防止のためにやむなくほかの一般の患者さんの受入れを一時停止しなければならない場合も少なくない。このような対応は受診抑制につながりやすく、その点を配慮した診療報酬上の評価がなければ、発熱患者さんへの対応が困難となる場合がある。

他方で、発熱患者さんを受け入れることができない医療機関であったとしても、コロナの終息がいまだ見通せない現状では、感染防御策の継続は必要かつ不可欠。コロナ禍の診療において患者さんと医療従事者を感染から守るためには、全ての診療所において基本的感染予防策の徹底が求められているわけだが、既存の診療報酬では、そのポストを適正に評価されてはいない。令和4年度改定に向けてぜひとも御議論いただきたいと切に願う。

意見発表者⑤（森嶋和宏・三重県名張市役所福祉子ども部長）

- 国民健康保険は、全ての国民がいつでも、どこでも、安心して医療を受けることができる、国民皆保険制度の中核を担うものであるが、被用者保険に比べて中高年齢者が多く加入していることから、さらなる医療費の増加が見込まれる一方で、保険料の負担能力が弱い方々の加入割合が高い構造となっており、被保険者にとって保険料の負担が高いなどの課題を抱えている。そのような中においても、新興感染症を含め、様々な疾病に対し有用性と安全性を確保しながら被保険者が必要な治療を受け、健康的な生活を送ることができるよう、被用者保険とともに保険事業を安定的に運営していくことが求められている。
新型コロナウイルス感染症拡大については、現在、第6波の真ただ中にあり、今後も予断を許さない状況であることを踏まえ、国民が適切な医療を身近で安心して受けることができるような医療体制の構築が必要。
- 令和4年度の改定においては、新たに不妊治療の保険適用など、今後の少子化対策に向けても大きな希望となる項目が含まれている。患者のニーズと医学の進歩を踏まえ、限られた医療資源が効果的に機能するよう、医療機能の分化、強化と連携の推進に向け、エビデンスに基づいた評価がなされていくことが必要。
- 10月より診療報酬に採用される看護における処遇改善については、確実に本人に行き渡るような仕組みをお願いしたい。
- 2025年には団塊の世代が後期高齢者となり、今後の人口構造が及ぼす医療費の影響を踏

まえ、国の方向性である地域医療構想の推進に向けて丁寧な御議論を期待させていただきたい。患者の経済的負担を抑え、安心して医療を受けることができる環境整備につながる診療報酬の改定であっていただくことをお願いしたい。

意見発表者⑥（小林弘祐・内科系学会社会保険連合理事長）

- 米国の公的保険の基となる相対評価尺度、RBRVS（アメリカのメディケアで用いられている医師の技術料の評価システム）では、医師の負荷（ワークロード）が約50%評価されており、診療報酬評価に関する外保連試案でも手術時間と医師の経験年数による負荷を算定の根拠にしている。しかし、現在の日本の診療報酬体系では、内科系医師の技術評価はあるが、負荷（ワークロード）は評価されていない。内保連では内科系医師の負荷の評価を2015年から継続して行い、広範なデータを集めて統計学者とともに分析し、2020年12月にグリーンブックとして公表した。
- まず、分析にあたり、DPCデータを収集し、内科系約1,800分類を対象に1,629人の主治医から回答を得た患者1万1395人のエピソードについて負荷度評価を行い、これにより約3分の1の内科系診療をカバーした。次に、19領域249人からなるエキスパートパネルで負荷度ランクを決め、これにより合わせて約3分の2の内科系診療をカバーした。最後に、主治医調査を「教師データ」として、負荷度ランクを推定する機械学習モデルを構築し、この機械学習モデルを活用して内科系診療全体をカバーした。この負荷度評価の診療報酬への応用として重症度、医療・看護必要度への適用を提案している。
- 現行の重症度、医療・看護必要度の問題点として、内科系医師から見た重症度や負荷の視点が十分には評価されていない点や、現行の重症度、医療・看護必要度はAからC項目で構成されているところ、A、B、C項目が縦割りのカットオフ値を持っており、統合した指標ではない点、そして、重症度、医療・看護必要度といいながら、重症度評価の感度や特異度を検証していない点などが挙げられる。
- 内保連では、負荷度ランクのビッグデータを基に内科系医師の負荷を適切に表現できる新たな項目案としてのD項目を9項目選定したところ、各種の重症度評価における感度、特異度がD項目を含まない従来の重症度、医療・看護必要度より有意に改善した。この分析については、グリーンブックに詳しく書かれている。

その後、全日本病院協会、日本医師会、厚労省保険局医療課、医系議員の方々とも意見交換を行い、現場の意見を広く聴取し、現場の負担を軽減する観点から、D項目の中でE Fファイルから抽出できる6項目に絞り分析を全てやり直した。その6項目でも、従来のD項目を含まない重症度、医療・看護必要度より感度、特異度ともに改善できた。さらに補足的にAからD項目の素点の合計値についてカットオフ値を設けることも提案している。
- 第506回中医協資料pdf39ページ右下9ページに内保連提案の内科系医療ニーズとしてD項目案が掲載されているが、これは古い資料で、9頁目から6項目に改定しており、それに伴い、重症患者の判定基準は素点合計が9.5点以上から8.5点以上に変更になっている。

- 新型コロナウイルス感染症が蔓延し、この医療の最前線に立ち、自ら感染するリスクにありながらこの感染症と闘っているのは全国の内科系医師である。この内科系医師のワークロードを評価する診療報酬の仕組みを何とぞ御考慮いただきたい。

意見発表者⑦（田中達也・メイトク株式会社代表取締役）

- 昨年12月の政府の月例経済報告によると、景気は、新型コロナウイルス感染症による厳しい状況は徐々に緩和される中で、このところ持ち直しの動きが見られるとの認識が示されている。経営者としても確かにそのような状況にあるのは把握しており、需要としては非常に好調であるが、原油をはじめとする各種原材料の価格高騰、そして、半導体を代表とする部品供給の不足で、非常に生産状況が厳しいというのが現状。まだまだ今年も厳しい状況が続くのではないかと考えている。

そのような中で、協会けんぽの平均保険料率は、依然として10%と高い水準にあり、我々保険料を負担する経営者側、そして加入者の負担が限界に達していると感じている。この意味でも、診療報酬改定だけではなくて、高齢者医療の在り方、また、国庫補助の在り方も含めて国民皆保険制度をどのように持続可能なものにしていくかということが重要。

- 本年から団塊の世代の方が後期高齢者となり始め、医療需要がますます増大していくというところに差しかかってきている。加えて、新型コロナウイルス感染症の拡大により、入院が必要な方でも自宅療養を余儀なくされたという事実は、医療提供体制の構築という課題を浮き彫りにしたと考えている。
- いわゆる第6波ということで、第5波のような事態が二度と起こらないような体制の整備を早急に進めていただきたい。このような厳しい経済環境の下、人口の構造変化、また、コロナ禍の教訓を踏まえて入院、外来、在宅にわたる医療機能の分化、強化、連携を進めて、効率的かつ効果的な医療提供体制を構築していただきたい。
- その意味でも、令和4年度診療報酬改定はこれまで以上にメリハリをつけた改定としていただきたい。事業主の立場からして、このメリハリには大きく2つのポイントがあると考えている。1つ目はかかりつけ医の明確化。こちらについては、昨年来、新型コロナウイルス感染症をきっかけにして、かかりつけ医の重要性が認識されているが、我々のような中小企業においては、従業員はなかなかかかりつけ医が見つからないという状況であるので、ぜひともかかりつけ医を各人が持てるような制度、体制を構築していただきたい。
- 2つ目はオンライン診療。こちらについても、コロナ禍においてオンライン診療の活用が進んできたが、中小企業の従業員は、平日は仕事との兼ね合いで受診がままならないというのが現実。そういった観点からもオンライン診療というものは有効な手段の一つである。安全性、有効性を前提として、患者のニーズに対応したオンライン診療のさらなる普及・促進を進めていただきたい。
- また、従業員の観点からすると、特にがんの治療やメンタルヘルス、いわゆる仕事と治療との両立ということができる体制づくりも構築をしていただきたい。

- 診療報酬は、我々患者が受けた医療行為の対価として支払われるものとして理解をしており、診療報酬の改定を行うに当たっては、その目的や趣旨、内容が国民に十分に理解されるよう、十分な周知、説明をしていただくことが不可欠。こうした患者本位の医療を推進することによって、保険料や窓口負担を支払う国民の納得感を高めることができ、結果として我が国の国民皆保険制度を持続可能なものとしていくことができる。

意見発表者⑧（大杉和司・大杉歯科医院理事長）

- 当初、新型コロナの感染リスクが高いと懸念された歯科医療現場だが、幸い大きな感染事例は報告されていない。これは私どもが長年にわたり肝炎やエイズなど様々な感染症を念頭に置きながら行ってきた標準予防策が大きく貢献したものとする。一方で、こうした対策に係る評価が必ずしも十分でなかったこともかねてから指摘されてきたところ。令和3年には感染予防対策について時限的な評価が行われたが、これは本来、初再診料として既に恒久的に評価されてしかるべきもの。この2年間の実績も踏まえ、国民が安心して歯科医療を受けることができる環境を守るためにも、歯科だけ低い初再診料の是正も含めて御検討いただきたい。
- 保険診療に係る明細書の発行が原則義務化されてから10年以上が経過した。この措置は医療機関と患者との信頼関係を高めることに大きく寄与したと受け止めている。一方で、複雑な診療報酬体系は専門家であっても分かりづらい部分が多く、明細書発行の意義を高めるためにも適宜見直しが必要。例えば、虫歯の治療や抜歯など歯科治療では頻繁に麻酔が行われるが、処置、手術の内容によって麻酔の手技料や薬剤の算定に係る決まり事が異なるため、同じように麻酔をしても明細書に現れたり現れなかったりする。これでは患者さんに誤解を与えかねない。また、歯の修復物などの製作に際し、歯冠形成と印象採得などを行うが、メタルコアの場合のみ印象採得しか算定できない。このような一貫性のないルールは明細書の発行がない時代になされた配慮が背景にあると考えられ、明細書発行が定着した現在、こうした負の遺産を清算して、合理的で分かりやすいルールへの見直しを積極的に進めていただきたい。
- 近年の改定では、かかりつけ歯科医機能の評価や医科歯科連携の推進などに重点が置かれてきたが、現場での運用に当たっては、実態との乖離や使い勝手の悪さを覚える部分も少なくない。特に施設基準については、より現状に即したものであるべき。現場で訪問診療の実施の有無が過剰なハードルになっていると感じている。歯科医師が診療所を離れることが困難な小規模な医療機関の現状にも御配慮いただき、かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所などに係る施設基準では、応需の体制を整えていることを条件とするにとどめ、通知によって過剰に厳格化されている算定実績などの回数制限を緩和・撤廃することを検討していただきたい。在宅療養支援歯科診療所に関しても同様。
- 医科歯科連携は周術期の口腔健康管理を端緒として導入されたが、実際の連携は、やや伸び悩んでいる。医科からの情報提供や実際の医科歯科連携についても、より取り組みや

すい制度設計を工夫し、小規模歯科診療所でも病院や在宅医療の現場からの要望に応えられる環境づくりが進められるよう、一層の御配慮をお願いしたい。

- 金パラ問題は長年の懸案であり、先日の中医協でも新しい見直し案が示された。代替材料の保険導入も積極的に進められているが、依然として現場からは悲鳴のような声が聞こえている。患者さんのために懸命に努力しながら材料価格の高騰で赤字になってしまうという現場が解消されなければ、現場は疲弊し、国民も不利益を被る。引き続き、国と歯科界の協力の下、一日も早く抜本的な解決策を見い出していきたい。

意見発表者⑨（小林妙・JAM総務グループ長）

- 診療報酬は診療の対価であるため、医療機関への経営支援は公費を基本とし、国民の安心感の醸成につながる診療報酬改定になればと思っている。
- 将来にわたり質の高い医療を受けられるようにするためには、看護職員をはじめ医療従事者の確実な処遇改善を継続的に行うとともに、働き方改革の推進や業務負担の軽減につながる人員配置の評価などにより、人材確保を図ることが重要。また、医療の質の向上や従業員の負担軽減につながるよう、多職種連携によるチーム医療の推進も必要。その上で、必要なときに必要な医療を受けられるよう、地域の実情に応じた医療機能の分化・連携を後押しすべき。また、コロナ禍では発熱患者が診療してもらえない、あるいはたらい回しにされたといった事例があったことを踏まえると、今回の議論になっているかかりつけ医療機能については、24時間対応で医療を提供するなど、医療機関の連携を含めて、不安を抱く患者をしっかりと受け止める機能を現に果たしている場合に報酬上の評価を行い、安心・安全で質の高い外来医療の確立につなげていただきたい。さらに、医療安全の確保を前提に、オンライン診断などICTの利活用を推進すべき。
- 不妊治療の保険適用に当たっては、当事者の意思を尊重することを前提に、患者の安全性の確保と医療の標準化を重視した上で、可能な限り広く治療を選択できるようすべき。例えば保険対象外となって治療を諦めざるを得ない状況が生じることのないよう、引き続き何らかの助成も検討いただきたい。また、患者が医療機関を適切に選択できるよう、情報開示の仕組みの整理や不妊治療による心理的負担を軽減するための措置も患者にとって大変重要。また、改定後は実施状況を検証し、保険適用の範囲や要件など必要な見直しを行っていただきたい。
- 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ることに加え、患者と医師のより強固な信頼関係の構築につながる。今回の改定でも全ての医療機関で例外なく明細書を無料で受けられるよう、着実に前進を図るべき。2020年3月の連合の調査では、医療明細書は必要との回答が7割を超えており、その理由は、受けた医療の内容を知ることができるのは当然の権利というのが7割以上、続いて、医療費の明細を知るための情報源になるという回答が5割を超えていた。一方で、必要でないとする理由は、もらってもよく分からないというのが一番多くの理由で挙げられていた。ヘルスリテラシーの

向上という観点からも、分かりやすい明細書にするということも課題。

意見発表者⑩（青木浩朗・保険調剤薬局つつみ薬剤師）

- 地域包括ケアシステムについて、この中で薬局が機能していくためには、健康サポート薬局や地域連携薬局を通じて、薬剤師がかかりつけ機能を発揮していくことが大変重要。
- 薬局の現状について、私の地域（宮崎県小林市）では、人口減少に加えて新型コロナウイルス感染症の影響により処方箋枚数もかなり減っている。小さな薬局は経営を維持することが大変困難になって、閉局したところも出ている。そのような場合、交通手段のない地域住民は、調剤だけでなく、困ったとき、相談したいときに何でも顔の見える場所というのが必要だが、そういったものも失うことになってしまう。一般薬とか消毒、マスク、最近では抗原検査の問合せが多いが、そういったものの提供も含めて支障が出てくることを御理解いただきたい。
さらに、毎年の薬価改定の影響による資産価値の減少も薬局の経営に大きな打撃となっている。こういった現状については、地域医療提供体制を守る観点からも何かしらの御配慮をぜひお願いしたい。
- 調剤料について、対物中心から対人中心への転換ということで今回も改定が示されている。薬剤師にとって対物業務は安心・安全に薬を使用していただくために非常に重要なもの。患者さんのライフスタイルに合っている剤型・用法なのか等、条件を合わせながら調剤したり、薬剤の情報の進歩とともに選択肢がますます増えている。私たち薬剤師は常に様々な考察と適切な判断の下で考えながら調剤を行っていることを分かっていたいただきたい。
- 医療事故を起こさないためにも、調剤を始める前の処方監査はとても重要度の高い業務であり、本来の対物業務の重要性も併せて御認識いただいて、質の担保に資する評価は引き続きお願いしたい。
- 現場は今も後発医薬品の供給問題に苦しめられている。週単位で出荷調整が増えていき、現場は発注と患者さんにお渡しできなかった薬の配達などの対応に追われている。患者さんにお渡ししなければならない薬が適切なタイミングで入手できないことは、国民の命に関わる問題でもある。保険に関しては柔軟な対応ができるように、供給については企業に対して適切な指導をぜひお願いしたい。
- 地域医療かかりつけ医機能を推進しているわけだが、敷地内薬局はそれに全く逆行するものであって、ケースによっては地域医療提供の崩壊につながる。特に特例とか抜け穴をなくしていただき、今後も敷地内薬局が開局されないような施策をぜひお願いしたい。
- 病院薬剤師と薬局薬剤師の連携について、地域で見るという観点からも、病院薬剤師から入院中の経過や退院時の指導内容を、薬局薬剤師からは入院前に薬局での一元管理された情報を病棟の薬剤師に届けるということもお互い重要。入退院時の連携は特に医療的ケア児も含め非常に重要。今回の改定では、連携推進の観点から情報通信機器の利用に関する要件を見直すという提案もあるようなので、現場としては非常に助かっている。病院薬

剤師と薬局薬剤師の連携推進が地域包括ケアシステムの肝となるので、ぜひ引き続き、連携推進に向けた施策をお願いしたい。

意見発表者⑪（兒玉和歌子・不妊・不育治療の環境改善を目指す当事者の会）

- 不妊治療の保険適用について、具体的な運用方法の早期発表をお願いしたい。保険適用化を目前に、その運用情報が錯綜する中、現状、当事者は具体的な治療計画を立てられずにいる。例えば、助成金の残りの回数が保険適用の回数制限へ引き継がれるのかといった点や、保険適用における1回の治療の考え方とは何か、また、保険を利用する治療は助成金制度のように自分で選択できるのかといったベースの部分、また、生殖ガイドラインに記載のない不妊の検査などはどこまで保険適用になるのかなど、患者に直接影響する運用について見えてこず困惑しているため、早めの周知をお願いしたい。また、診療報酬の決定方法についても透明性の高い議論と治療の公開を希望する。
- 現在、非配偶者間の生殖医療が保険適用外となっているが、保険適用の対象となることを強く望む。例えば無精子症と診断され、切開しても精子が見つからず、苦悩と葛藤のなか次の治療法を模索する。同じ医療を必要とする疾病の苦しみであるのに、法的に婚姻するカップルの治療が第三者の配偶子を使うという理由のみで除外される理由が分からない。まずは法律婚、事実婚のカップルが行う非配偶者間の生殖医療を保険適用としてほしい。
- 不妊治療の保険適用について、保険適用施設ごとの情報開示が必要。情報開示については、12月の総会でその必要性について触れてくださった委員が多かったと記憶しているが、施設間での技術格差や治療方針の違いが大きい現状において、患者が適切な医療施設を選択するため、情報の開示が絶対に必要。具体的には、レセプトデータを用い、治療別の患者数や治療成績を開示することを想定している。
- 例えば、生殖専門外である一般産婦人科の不妊治療で、同じ治療を漫然と繰り返されること、男性不妊を見落とされることといったケースが多く見られるため、治療の最適化、短期化がかなうよう、生殖専門施設へのスムーズな接続など、病診連携の強化が必要。
- 現状、ガイドラインで推奨度Cとされる治療について、このC治療が適合する患者もいるため、研究の促進が必要。また、不育症に関しても研究体制の強化を求める。
- PGT-AIは現在、先進医療としての検討がなされているところであるが、認定されるまで、この治療を必要とする患者は治療費が全額自費となってしまうため、早期の認定をお願いしたい。
- 現状、生殖医療に関する実質的な法整備がないため、非科学的な治療法、SNSを介した精子提供、産み分けビジネスなどが昨今増えてきており、法整備によって早急にこの環境を改善していただきたい。
- 不妊治療は長年自由診療で発展してきており、まだまだ多くの課題が山積している。保険適用がそれらを解消する一歩であると大きな期待を寄せているが、同時にとても大きく複雑な取組になると思うので、当事者含め、現在の現場感を把握した人の目を常に入れて

検討を進めてほしい。

意見発表者⑫（山田佐登美・川崎医科大学総合医療センター看護部長付参与）

- 高度急性期・急性期入院医療の評価方法としての、重症度、医療・看護必要度の重要性について、A項目とC項目は患者さんへの治療内容に応じて提供される医療・看護ケアの評価、B項目は患者さんが自立して動けるか、日常生活行動に援助が必要かなど、患者さんの状態の評価である。B項目ではどのような身体状況の患者さんが入院しているかを把握でき、さらに、A項目、B項目、C項目について時間を追って評価することで退院のめどを予測し、より早期に退院支援を行うことができる。このように退院の時期や退院先の決定、そして療養のためのケア計画の作成、社会資源の活用などの判断にも役立っている。
急性期入院医療は、とかく高度な医療技術に目が行きがちだが、そのような治療を受ける患者さんは生活機能も大きな影響を受ける。看護師はその影響を最小限にとどめ、生活機能の回復に専門的な知識とスキル、多くの労働力を費やしている。
- 新興感染症対応に向けた集中治療室における人材確保と地域連携に対する評価拡充について、新型コロナウイルス感染症対応では、ECMOや人工呼吸器管理が必要となる重症患者については、特定の医療機関の集中治療室で対応している。その管理には膨大な資源を必要とし、かつ高度な医療技術を要する。特にECMOの管理は看護の中でも認定看護師や特定行為研修修了者などが担当することが多く、感染拡大に応じて基準以上の人員配置をせざるを得ないのは周知のとおり。一方で、地域では在宅療養も含めて重症化予防と急変への迅速な対応が課題。認定看護師などの確保が困難な医療機関に対しては、急性期病院の人的資源を活用した研修機会を提供したり、このようなときはどうしたらいいのか、何を観察してどう判断すればよいのかといった相談に対して直接施設に出向き、具体的に支援を行うなど、地域連携の視点での取組が今後も重要。
- 看護職のさらなる専門性発揮に向けたタスク・シフティング推進のための看護補助者の活用促進について、看護補助者の活用には、まず、看護補助者の確保と教育が重要。現在の教育は各医療機関の裁量で行われているが、必要とされる知識やスキルの基準を明確にし、標準化されたカリキュラムに基づいて実施することや、教育と実践に見合う処遇、特に給与面の改善がポイントとなる。そのためには、診療報酬上のさらなる評価が必要。