

中央社会保険医療協議会の新たな出発のために（抄）

平成17年7月20日

中医協の在り方に関する有識者会議

2 診療報酬改定に関する企画・立案の在り方との関係を含めた中医協の機能・役割の在り方について

(1) 診療報酬の位置付けについて

- 診療報酬改定は、①診療報酬改定の改定率の決定、及び②診療報酬改定に係る基本方針を踏まえた具体的な診療報酬点数の設定、という2つのプロセスを経て行われることとなるが、それぞれにおいて、中医協の機能・役割を明確化していくことが求められている。

(2) 診療報酬改定の改定率の決定について

- 診療報酬改定の改定率は、医療費に係る予算編成の際の算定根拠となる係数であり、その決定は内閣の権限である。

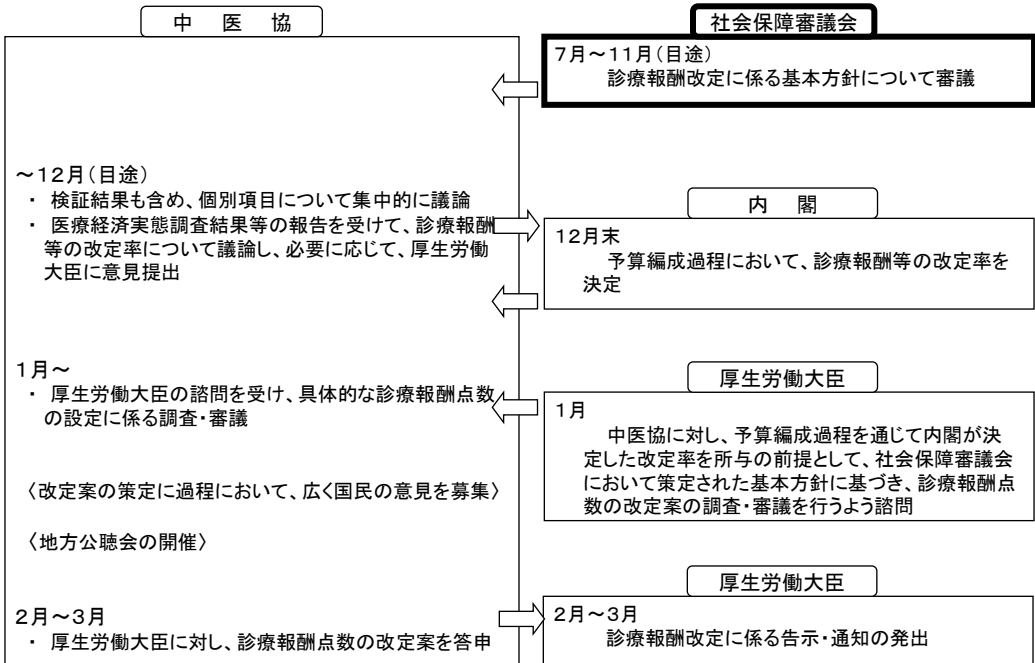
(3) 診療報酬改定に係る基本方針について

- 改定率を除く診療報酬改定に係る基本的な医療政策の審議については、厚生労働大臣の下における他の諮問機関にゆだね、そこで「診療報酬改定に係る基本方針」を定めることとし、中医協においては、この「基本方針」に沿って、診療報酬改定に係る考え方を整理しつつ、具体的な診療報酬点数の設定に係る審議を行うこととすべきである。
- なお、診療報酬改定に係る基本的な医療政策の審議を行う場としては、社会保障審議会の医療保険部会及び医療部会が考えられる。

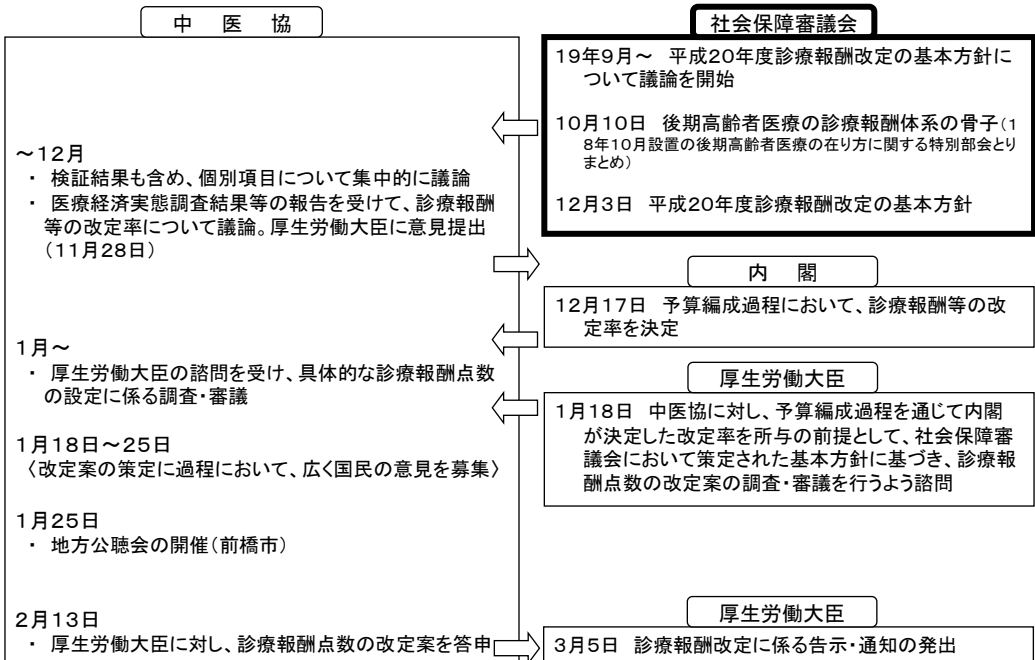
(4) 診療報酬改定に係る中医協への諮問及び中医協からの答申の在り方について

- 診療報酬改定に係る厚生労働大臣から中医協への諮問においては、予算編成過程を通じて内閣が決定した改定率を所与の前提として、厚生労働大臣の下における他の諮問機関において策定された「基本方針」に基づき、診療報酬点数の改定案の調査及び審議を行うことを求めるとともに、中医協においては、これを受けて慎重かつ速やかに審議を行い、改定案を作成して答申する取扱いとするべきである。

平成22年度診療報酬改定に向けたスケジュールについて(案)



(参考) 平成20年度診療報酬改定のスケジュール



(平成21年7月1日現在)

社会保障審議会医療部会委員名簿

氏 名	所 属
上田 清司	全国知事会（埼玉県知事）
海辺 陽子	癌と共に生きる会副会長
大西 秀人	全国市長会（香川県高松市長）
尾形 裕也	九州大学大学院医学研究院教授
小島 茂	日本労働組合総連合会総合政策局長
※加藤 達夫	国立成育医療センター総長
高智 英太郎	健康保険組合連合会医療部長
近藤 勝洪	（社）日本歯科医師会副会長
齋藤 訓子	（社）日本看護協会常任理事
◎※齋藤 英彦	名古屋セントラル病院院長
鮫島 健	（社）日本精神科病院協会会長
水田 祥代	九州大学理事・副学長
※竹嶋 康弘	（社）日本医師会副会長
○ 田中 滋	慶應義塾大学経営大学院教授
辻本 好子	NPO法人ささえあい医療人権センターCOML代表
堤 健吾	（社）日本経済団体連合会社会保障委員会医療改革部会部会長補佐
中川 俊男	（社）日本医師会常任理事
西澤 寛俊	（社）全日本病院協会会長
樋口 範雄	東京大学法学部教授
日野 頌三	（社）日本医療法人協会会長
邊見 公雄	（社）全国自治体病院協議会会長
村上 信乃	（社）日本病院会副会長
山本 信夫	（社）日本薬剤師会副会長
※山本 文男	全国町村会会長（福岡県添田町長）
※渡辺 俊介	日本経済新聞社論説委員

※：社会保障審議会委員

◎：部会長 ○：部会長代理

第8回社会保障審議会医療部会（21.7.9）における主なご意見

1. 診療報酬関係

① 産科・小児科、救急医療関係

- ・救急や産科・小児科のあり方について、骨太では、「選択と集中」とあるが、1箇所に集めていくことに関しては一概にこれがいいとは限らない。点だけではだめで面として整備していかなければならない。
- ・DPCにおいて、小児医療を機能評価係数により評価してほしい。
- ・病院の小児科は不採算。大きな拠点病院を持てばよいというが、地方では、結局その病院に行くのに3時間も4時間もかかってしまう。小児科を手厚くしないと地域格差が広がってしまう。
- ・在宅介護は高齢者だけのものと捉えられがちだが、そこに小児も入れて欲しい。小児の長期に入院している患者は、いわば福祉であり、こういった患者のレスパイトを医療保険で見ることができれば、病院に行く必要がなくなり、小児の病棟が長期入院の患者で一杯になることはなくなる。
- ・小児を含めた在宅医療が大きな問題。在宅医療を支える視点で、ショートステイを医療において導入していけばよいのではないか。

② 外科

- ・医師が増える中で、外科医は話題の産婦人科医以上に減っている。ハイリスクローリターンで、つぶしもきかない。様々な原因があるが、診療報酬の手術手技料の点数が低すぎるので上げてほしい。

③ 精神科

- ・精神の入院基本料は低い。（15対1の場合）結核より860円も安い。検証して欲しい。

④ 歯科医療

- ・地域歯科医療は平成18年度診療報酬改定で疲弊し、現在、崩壊の危機に瀕している。歯科医療が全身的な健康状態の改善に寄与することは、多くのエビデンスによって明確になってきている。また、地域医療における医科・歯科・調剤の連携は重要であり、特に高齢者の在宅医療においては、医科等からのオファーがあれば、連携できる体制を歯科は整えつつあるので、その推進を検討されたい。

⑤ チーム医療

- ・30種くらいの職種によって医療がなされているが、それぞれの評価がなされていない。前回改定において、事務クレーンや臨床工学技士、MSWの退院支援な

どは評価されたが、まだたくさんある。

⑥ 勤務医負担軽減

- ・医療セクレタリィーは、その費用を診療報酬で見ないと定着しない。
- ・医師不足の問題について、安心・安全を前提とした上での役割分担の推進が必要。通知により、実力のあるナースには、トリアージや外来を任せられるようになってきているので、今後、評価の対象になるのではないか。
- ・奈良県の裁判で判決が下され、時間外勤務に対する給与支払が命ぜられたが、これを支払うとなると病院経営に大きな影響が出る。この判決により、地域の入院医療はどんどん崩壊していく。入院基本料を増点してほしい。

⑦ 医療安全

- ・医療安全確保については、医薬品をどうコントロールするのかという視点が重要。情報提供・品質管理など医薬品を安全に提供できる体制を構築するべき。

⑧ 有床診療所

- ・6月中旬に有床診療連が要望を出していたが、これは前向きに評価してもよいのではないか。

※診療報酬に関する要望内容

- ・入院基本料の全体的な引き上げ
- ・入院基本料の逡減制の変更
- ・2段階の看護配置基準を、4人未満、4～7人未満、7人以上の3段階に変更し、実態に近い評価に変える
- ・複数医師配置加算の引き上げ
- ・入院時医学管理加算の新設

⑨ 財源

- ・財源の確保は重要であるが、国民に負担を求めることになる。透明性・質の確保が必要。
- ・地域医療が崩壊しているのは共通の認識で、これには診療報酬の大幅引き上げが必要。前回の診療報酬改定では、医療部会で出された問題について、中医協で議論しようとしたら、やることは沢山あるのに財源が少なかった。財源の議論が必要だ。

⑩ 効果的・効率的な医療

- ・医療の現場も疲弊していると言うが、日本経済全体が疲弊している。そういう中で補正予算で社会保障については大きく措置されているが、これは借金で賄われており、有効な使い方をするべき。地域医療のネットワークを構築する際、医療機関ごとに役割を明確にし、「選択と集中」により、効果的・効率的な医療の仕

組み作りを議論していくべきである。将来世代にツケを回してはならない。

⑪ その他

- ・診療報酬の算定根拠が国民からみると不明確。例えば社会保険病院などは経営努力で黒字になったが、また赤字になってしまった。これでは改定がおかしいと判断せざるをえない。中医協にしてもタウンミーティングをするなど、国民に関われた会議にするべき。

2. 診療報酬関係以外

① 医療部会における議論のあり方等について

- ・平成 20 年度診療報酬改定の際に、患者からみてわかりやすいなどの 4 つの視点に緊急課題を加えて基本方針を決めたが、中医協での検証結果等を踏まえて、医療部会でもこの 4 つの視点がどうなったかの検証が必要。
- ・医療部会の位置づけは、診療報酬の議論だけをするという位置づけではなく、医療の提供体制についても議論する場であり、開催を多くして欲しい。
- ・診療報酬と医療提供体制の話はかぶるところもあれば別の面もある。両者をキッチンと分けて議論すべき。
- ・落としどころを考えながらの議論が必要であり、すべての要望には応えられないのではないか。状況が改善するにはかなり時間がかかり、すぐに解決できるという幻想は持たないでほしい。
- ・我々は努力していく姿勢が大事で、この議事録を読む人から「またこんな意味のない議論をして」と思われなければならない。
- ・今回の発言を踏まえ、次回にはさらに進化した議論をすべき。

② 医療のあり方全般

- ・医療は提供者だけではなく国民のためであるし、医療は消費ではない。医療を社会の再生産・投資と考えていくべきである。
- ・これまで、機能分担や透明性の確保を進めてきたが、それらによる問題も顕在化してきている。
- ・中期プログラムの安心強化の 3 原則の中に、安心と責任のバランスとあるが、現時点ではバランスが欠けていると認識。権利と義務のバランスがとれておらず、医者の権利が守られていない。医者に期待されるのはありがたいが、医者も人間。例えば、総合医的な機能を求めると、知識が浅くなってしまう。DPCなどは、ごくわずかの者しか分からないテーマを議論している。昔は、中小病院などが総合医的な役割を多少は担いかなりの部分の対応ができていたと思うが、信頼関係の上に成り立っていた。それが地域医療崩壊で崩れてしまった。
- ・機能分担を進めると、シームレスではなくなる。事務クランクを進めると、責任の問題でトラブルが発生する。訪問看護で解決できる問題は多いが、実際にやっ

てみると、役割分担の問題で訪問看護ステーションは崩壊。透明性といわれても、とても対応できない。

- ・現状の医療崩壊は、国民含め各々が反省すべき。本気で取り組んで10年経ってやっとどうにかなるかというものだと思う。

③ 産科・小児科、救急医療関係

〔全般〕

- ・骨太2009では特に小児科・救急など「ほころび」の修復が唱われている。そのなかで勤務医の負担を軽減する上での役割分担、また、地域におけるそれぞれの施設・機関の役割について、どのようにこれらを組み直していくかが課題。
- ・女性医師の結婚産休問題で、小児科・産科などは減っている。報酬を上げればよいというものではなく、就労支援の取組が必要ではないか。

〔産科〕

- ・周産期母子医療センターの指定基準の見直しが遅れている。具体的内容を明示してほしい。
- ・ハイリスクの出産を産科医が時間をかけて対応できるようにするために、助産師がノーマルな出産やローリスクな出産を取り扱うことの推進が必要。

〔救急医療〕

- ・救急の入口において軽症患者が多い。小児は「#8000」があるが、大人についても相談できる場が必要。診療報酬で対応すべきとは思わないが、予算上で措置すべき。
- ・救急医療体制の資料に、精神科救急も位置づけて欲しい。

④ 歯科医療について

- ・今回「骨太の方針2009」のなかに「8020運動」の推進が明記されたことは画期的である。「8020運動」が健康寿命の延伸に貢献できることから、財政的支援が必要である。

⑤ 精神医療について

- ・医療観察法では、指定入院医療機関の整備が遅れて、300床くらい足りない。現実には、鑑定入院で引き受けた病院が継続して受け入れている。

⑥ 総合医関係

- ・総合的な視点に立った医師、病院を確立し、地域医療の入口としての役割を担ってもらいたい。保健指導とのつながりにより、保険者にとって重要なパートナー

となる。

- ・全人的、診療科横断的な「総合診療医」の育成が必要であり、医学部のカリキュラムの充実、診療科の標榜、研修の財政支援を行うとともに、登録医制度については、モデル事例から始めて、普及度合いも見ながら、多面的に考えていくべき。ドイツでは、専門医としての「一般医」が存在し、国民から期待と信頼を得ている。

⑦ 勤務医負担軽減

〔職種ごとの役割分担〕

- ・職種ごとの役割分担について医政局長通知を出されているが、現場ではなかなか進まないのが、立法化してももう少し拘束力を強くしてほしい。

〔医師の加重労働〕

- ・医師の超過勤務は恒常的だ。経営上の都合ではなく、実態として医師が足りていない。そのため超過勤務となり、労働基準法に抵触した場合、労働基準監督署から指導されてしまう。

⑧ 医師不足・医師偏在

- ・へき地の医療は敬遠する人も多く、医師確保が大変。
- ・医療崩壊は、地域医療の崩壊が大きい。主として地方の公立病院、次が、大学病院。教育、臨床、研究と3つの役割を担っているが、独法化により臨床に偏ってしまっている。研修医も大学離れの傾向にあり、医療のトップランナーが危機に至っている。
- ・予算・診療報酬だけで医師不足は解消できない。地域医療計画の中に必要な診療科ごとの医師数を盛り込む等も検討すべき。
- ・医師偏在の問題で、以前、医療部会において管理者要件の議論をしたが、今後、議論を再開してはどうか。

⑨ 補助金

- ・地域再生基金に関して、産科・小児科は大切であるが、いろいろな疾患があることから4疾病5事業にも使えることをわかりやすく明示してほしい。
- ・様々な補助金があるが、補助が全額ではなく病院も持ち出しが必要になっており、病院経営は厳しいなかでは活用できない。
- ・地域医療再生基金は県ごとに自由に決定できるが、関係団体や医師会とよく相談して決めていって欲しい。
- ・医師へ手当を直接支給する補助金があるが、就業規則の改正が必要であり、使いづらい。病院のフリーハンドで使えるようにして欲しい。
- ・地域医療再生基金については現場からの積み上げでやるしかない。
- ・地域医療再生基金により、施設や運営費については手当ができるが、問題は人材

確保と診療報酬の見直し。この問題が解決されない限り、地域医療再生基金では中核的な医療機関にしか事業化をお願いできない。

⑩ その他

〔国民へのわかりやすさ〕

- ・医療の「見える化」をするべき。そのためにはデータを集めることが必要。
- ・質や安心の確保が重要だが、安心と医療のビジョン具体化懇談会の中間とりまとめを見ても具体的ではない。国民にわかりやすく説明することが必要。
- ・適切な情報を患者に迅速に提供することが求められている。

〔患者負担について〕

- ・患者負担3割は、限界まできている。
- ・一律3割の制度に疑問を感じる。高額療養費制度もあるが、これは前年度の所得に応じてのもの。病気になり働けなくなって子供もいるような場合、その時点で3割の支払いは困難になる。
- ・日本はOECD諸国に比べ、患者負担は10%ほど高い。したがって患者負担を増やす方向ではだめで、国民から広く薄く求めることが必要である。

〔その他〕

- ・死亡者が増加しているので、看取りについても迅速に対応してほしい。
- ・医師は患者を診たくて医師という職業に就いており、医師がマネジメント感覚を持っているかというのは疑問。

社会保障審議会医療保険部会 委員名簿

平成21年7月15日現在

○磯部 力	立教大学法学部教授
岩月 進	日本薬剤師会常務理事
岩村 正彦	東京大学大学院法学政治学研究科教授
岩本 康志	東京大学大学院経済学研究科教授
※ 逢見 直人	日本労働組合総連合会副事務局長
大内 尉義	東京大学大学院医学系研究科教授
岡崎 誠也	全国市長会国民健康保険対策特別委員長、高知市長
※ 神田 真秋	全国知事会社会文教常任委員会委員長、愛知県知事
見坊 和雄	全国老人クラブ連合会相談役・理事
小林 剛	全国健康保険協会理事長
齊藤 正憲	日本経済団体連合会社会保障委員会医療改革部会長
坂本 すが	日本看護協会副会長
多田 宏	国民健康保険中央会理事長
対馬 忠明	健康保険組合連合会専務理事
西村 周三	京都大学副学長
※◎糠谷 真平	独立行政法人国民生活センター顧問
樋口 恵子	高齢社会をよくする女性の会理事長
横尾 俊彦	全国後期高齢者医療広域連合協議会会長、佐賀県多久市長
藤原 淳	日本医師会常任理事
※ 山本 文男	全国町村会会長、福岡県添田町長
渡辺 三雄	日本歯科医師会常務理事

(注1) ※は社会保障審議会の委員、他は臨時委員。

(五十音順、敬称略)

(注2) ◎は医療保険部会長、○は医療保険部会長代理。

第32回社会保障審議会医療保険部会（21.7.15）における主なご意見

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。
- 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。
- 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。
- 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。

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。

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になると大変だ。産科や小児科へということなら良い。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。

- 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。

「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。

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と。

- 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。

2 厳しい保険者財政について

- ・ 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。
- ・ 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。
- ・ 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。
- ・ 国保全体として財政状況は厳しい。平成 21 年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。
- ・ 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。

3 個別分野の診療報酬について

① 歯科医療

- ・ 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。骨太 2009 にも 8020 運動が明記された。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。
- ・ 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。

② かかりつけ医

- ・ 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、皆が利便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。
- ・ 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。

かかりつけ医は、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。

③ 救急医療

- ・ 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。

4 予算と診療報酬

- ・ 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。
- ・ 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。

5 その他

- ・ 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うか。

II 診療報酬以外

- ・ 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。
- ・ 社会保障費の国際比較を見ると、日本は決して高くない。
- ・ 先日富山県に行ったら、救急搬送の9割が高齢者であった。想像だが、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。
- ・ 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。
- ・ 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。