

(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9回社会保障審議会医療部会（21.8.26）各委員の発言要旨

I 診療報酬関係

1 4つの視点、「選択と集中」（全般）

- ① 資料に「平成22年度改定の基本方針においても同様の構成とすることが考えられる」とあるが、これが4つの視点のことを指しているのであれば反対。この視点は、医療費削減の考え方に基づいた平成18年改定の際の視点だ。「医療を効率的に提供」というのは医療費を削減するという意味であり、「医療費の配分の中で効率化余地があると思われる領域の評価のあり方について検討」というのは財政中立という意味だ。（中川委員）
- ② まさかマイナス改定はないだろうが、今までの方針を見直した方がよいのではないか。（水田委員）
- ③ 4つの視点だけを見ると当然のように思われるが、18年の視点は2,200億円シーリングや▲3.16%など医療費を抑制するという考え方のもとで作られたものなので、もう一度議論し直すべき。その後に各論の議論をすべき。（西澤委員）
- ④ この当然ともいえる基本方針は、安易に変えるべきものではなく、医療サービスの提供側がぶれずに常に意識しておくべきものであろう。その上で問題は、具体的な中身と評価だと思う。（堤委員）
- ⑤ 健保組合は、最大で1800組合ほどがあったが、現在は解散する組合が多く、1500組合をきってしまった。22年度改定ではバランスのとれた選択と集中といった観点から改定が必要。全体の底上げアップは受け入れられない。（高智委員）
- ⑥ 基本方針の検証についての資料を出していただき、この検証の評価を踏まえた基本方針にすべきだが、前回に引き続きこの「視点」は必要。2回の改定だけでは改善できない。これに新たな視点を加えるかどうか。（小島委員）
- ⑦ 4つの視点以外に、緊急課題も当然入れるべき。（村上委員）
- ⑧ 「終末期医療」を含め、後期高齢者医療の診療報酬についても、医療部会で議論する必要がある。（小島委員）
- ⑨ 「誰もが安心・納得して、質の高い医療を効率的に受けられる」という文言の中に、「どこでも」を入れたい。大都市でも中小都市でも地方でも、そのときどきに必要な医療を受けられるようにすることが重要だ。（竹嶋委員）
- ⑩ 18年度に定められた基本方針について、確かにその当時とは情勢は変わっているし、国民の意識も変わってきている。これを踏まえて、基本方針をどう変えていくか。基本方針の中に目標を設定するという方法もあるだろうし、地域医療の崩壊を防ぎ、国民に安心、安全な医療を提供するといった視点もあるだろう。また、医療と介護との連携といった視点が足りない。（部会長代理）
- ⑪ 救急医療の体制の確保のためにも後方支援は必要だし、急性増悪した在宅患者

を救急医療に送らないで済むようにするためにも、訪問看護と併せて在宅医療の充実が重要。(部会長代理)

- ⑫ 提出資料にあるように、医療の質や医療安全の推進、医療の「見える化」のための診療報酬の配分や、医療の均てん化のために、医師不足の地域には係数をかけるなどの制度も必要であると考え。(海辺委員)
- ⑬ 10年20年後の医療のあるべき将来像を考えるべき。その際には、平成20年6月26日に日本学術会議から要望された「信頼に支えられた医療の実現—医療を崩壊させないために—」を考慮すべき。(海辺委員)
- ⑭ 診療報酬改定の目標を提示しなければならない。改定によって、不採算部門は採算が取れるようになったのかをまず検証し、採算が取れていても勤務医の過重労働が解消されない場合は、診療報酬だけではなく、別の対策も講じる必要がある。検証の結果をみても、勤務医の労働環境は改善するよりむしろ悪化しており、個別目標を立て必要な対策を講じないといつまで経っても同じである。(海辺委員)
- ⑮ 基本方針の実施状況で、様々な点数を新設や充実したというが、どれだけ効果があったのか疑問。医者は増えたのか、奪い合いが起こっているのではないか。アウトカムが見えない中で、議論を行うことはできるのか。(水田委員)
- ⑯ 平成20年度の基本方針への対応状況の資料には、平成20年度改定によって取り入れられた各評価の実施状況が記載されているが、むしろ、診療報酬改定がサービス水準にどう結び付いたのか、治療の結果はどうだったのか、といったアウトカム評価が重要である。できれば地域ごとにそれぞれの状況に応じた評価軸を作れば良いが、なかなかそれは難しいだろう。(堤委員)

2 救急・産科・小児科医療

- ① 救急・産科・小児科への対策が指摘されているが、平成17年度、平成19年度の議論の時にも、同じような資料が出ている。3年経ったらそれなりの成果が出てよいのではないか。(海辺委員)
- ② 「救急・産科・小児科」だけで十分なのか、不採算となっている部門はどこなのか。どこの診療科も大変なのではないか。(海辺委員)
- ③ 「救急・産科・小児科だけでよいのか」という意見に賛成。(中川委員)
- ④ 救急の評価、特に小児の救急の更なる評価が必要。年齢が低いほど、技術に習熟度が必要で時間もかかる。大人以上にマンパワーが必要。小児救急の受け皿も必要。(加藤委員)
- ⑤ ハイリスク分娩の評価があるが、それに付随して新生児にも同様のリスクがある。新生児医療の体制も十分な評価が必要。(加藤委員)
- ⑥ 小児救急で、医療機関の医師が患者を受け取るために他の医療機関に出向いていて、搬送中から医療が行われる事例があるが、この際の出向いていくことの評価の更なる見直しが必要。さらに、出向く側だけでなく、出向いて受け取った

側の評価がないため、この評価もされるべき。(加藤委員)

- ⑦ 小児の在宅医療には看護師の研修が必要であり、そのための評価をすべき。また、在宅医療で用いる医療材料についても、訪問看護療養費などで評価してほしい。在宅医療の患者を受け入れる医療機関の体制の評価が必要。(加藤委員)
- ⑧ がん、DPC、脳卒中のクリパス、在宅医療、看取り、疼痛緩和などについても、小児をきちんと評価してほしい。(加藤委員)
- ⑨ 子どもの心のケアについては、入院は評価が低い。外来も長時間、夜中まで対応している病院、診療所が多いので、評価が必要。(加藤委員)
- ⑩ 日本では1歳から4歳児の死亡率が高いという資料にショックを受けた。問題点の所在を研究・調査して、何らかの手を打たないといけない。(高智委員)

3 内科

- ・ 外科医不足の話があるが、内科医も不足している。地方では、内科医不足のために病院を閉鎖している。入院料の引き上げが必要。(村上委員)

4 外科

- ① 外科医不足は深刻だが、40代の医師が沢山いるため、30代の医師が減ってきているのがわかりにくい。一人前になるのに10年かかると言われており10年度が心配であり、修業が長いので希望者が少ない。(邊見委員)
- ② 診療報酬点数表を外国人に見せると、安いと驚かれる。特に手術などの技術料が安すぎる。この状況を解決するには、どういう体制やチームで医療を行うか、を考えなければいけない。「物より技術、技術よりシステム」という視点が今後の診療報酬の考え方ではないか。(邊見委員)

5 在宅医療

- ① 在宅医療も効率的に提供することが重要。暮らしを支える医療には、訪問看護のあり方がカギとなる。(齋藤(訓)委員)
- ② 在宅歯科医療が重要だが、地域の医療関係者との連携が充分ではなく、認知度が低いといった課題がある。総合的な取組が必要。また、在宅患者に対する入院歯科医療の提供体制を十分確保することも重要。地域の受け皿となる医療機関の評価も必要。(近藤委員)

6 有床診療所

- ① 2年前の改定で、救急・産科・小児科を評価したが、その後方の受け皿となるべき一般の病院や、有床診、クリニックなどの評価は、財源の問題もありできなかった。特に有床診療所を活かしていきたい。(竹嶋委員)
- ② 国民の病床に対する意識調査では、国民が考える最重点課題は、2006年では救急医療体制の整備であったが、2008年では高齢者が長期入院する施設となっている。(竹嶋委員)

- ③ 有床診療所は現在、約11,000施設にまで減ってきており、このままでは崩壊してしまう。有床診の入院基本料は2,800円というものもあり、安すぎる。有床診は、24時間の緊急時の対応の中で、入院施設としても、在宅医療支援などいろいろな機能を担っている。貴重な医療資源を活用すべきである。(竹嶋委員)
- ④ 今後、医療提供体制を議論するこの医療部会で、もっと有床診療所の位置づけを議論していきたい。人員配置基準も病院とは別にして、診療報酬体系も別につくるべきである。(竹嶋委員)
- ⑤ 有床診療所の入院料を病院並みにしても、本当にそれだけでできるのか。どういう役割を担うかを考えないとできないし、国民の意識も変える必要がある。(部会長)
- ⑥ 有床診療所について意見があったが、様々な役割がありひとくくりにはできない。機能を明確にする必要がある。病院の機能についても明確化を求めていきたい。(渡辺委員)

7 歯科医療

- ① 少子高齢化により、児童の虫歯は減ったが高齢者の疾患は増加。骨太2009に記載されている8020運動の推進が重要。また歯を積極的に残すための治療技術の評価と同時に歯の欠損等に対する治療技術に対する評価が重要。歯科医療は命に直接関係はないかもしれないが、生活を支える医療、生きる力を支える医療であり、安全、安心の医療のためには欠かすことはできない。20年度の基本方針と同じ観点から、22年度の基本方針においても盛り込んでほしい。(近藤委員)
- ② 口腔ケアは、小児にとっても重要である。歯のない乳幼児のケアや在宅口腔ケアなど、歯科医師に是非ご協力をいただきたい。(加藤委員)
- ③ 歯科医療は、小児であれ高齢者であれ、研修は整いつつある。小児医療機関との連携を図っていきたい。(近藤委員)
- ④ 歯科の診療報酬が低いのに驚いている。見直しが必要。障害児の歯もしっかり診察してもらっている。(水田委員)

8 チーム医療

- ① 患者の状態の悪化を防止することが重要。視点でいえば、効率的な医療の提供に該当するのではないか。医療機関間の連携も必要だが、感染症対策や合併症の予防など、医療機関内で行えることもある。そのためには、看護師が患者の状態を評価し、その後の状態変化の予測に基づき、看護を実践することが必要だが、高度な判断が必要。専門看護師や認定看護師は増えており、そのような看護師がいる病院では回復が早まっているという事例もある。専門看護師、認定看護師の配置についても、方向性として明確にしてほしい。(齋藤(訓)委員)
- ② 勤務医対策として、看護師ができることは前向きに行ってほしい。そのためにも、看護補助者も含めた役割分担の視点が必要。事務クランクのように、看護

補助者も評価できないか。(齋藤(訓)委員)

- ③ 勤務医の負担軽減を含めてチーム医療にどう取り組むか。また、どのような形でそこに薬剤師が関わっていくかが重要。まずは仕組みを考えないと、薬剤師が入っていけない。すぐに診療報酬で評価するのは難しいかもしれないが、医薬品の供給体制についてどうあるべきかを考えることが必要。(山本(信)委員)

9 薬事制度・後発医薬品

- ① 日本で未承認の医薬品を緊急に承認できるようにすべき。こういった薬価制度のあり方についても検討するべきではないか。(小島委員)
- ② 未承認、効能追加の医薬品の迅速かつ安全な形での保険適用について、きちんと政策として位置づけなければならない。(山本(信)委員)
- ③ ジェネリック医薬品について、差額通知システムの導入を進めているが、実際に行動に移す患者さんのジェネリックへの不安を解消しないといけないため、国がイニシアティブをとってほしい。(高智委員)

10 その他

- ① 今回、緊急的な措置として、補助金によって対応している部分があるかと思うが、補助金による措置はいつまでも続くものではない。診療報酬によって重点的に評価すべき分野をしっかりと議論する必要がある。(堤委員)
- ② 慢性期疾患の重症化の予防は、十分な成果があがっていない。さらなる支援システムが必要。(辻本委員)
- ③ 医療の見える化、透明化・公平性の観点から言うと、病院と診療所の再診料が同一の医療サービスで異なる価格となっているのは説明できない。真っ当な考え方で整理をしてほしい。(高智委員)

II 診療報酬以外

1 議論の進め方

- ① 平成20年度改定の時の資料を見てみると、中医協には、基本方針がまとめられる前の8月に基本的な考え方が伝えられ、医療部会と中医協が平行して議論を行っている。こういった方法だとどこに責任があるかがわからない。大臣への諮問の前に、基本方針との整合性を検証するべきではないか。(海辺委員)
- ② 議事進行について、あらかじめ次回の論点を提示し、各委員が責任を持って意見を提出することが必要。出された意見は、部会長の権限で優先順位をつけて議論する。また、有志でのWGの設置も検討すべき。(海辺委員)
- ③ 前回あった「医療の提供体制に関する審議も行われるべきである」という意見に賛成。その際には、医療現場が大変であるということを裏付ける客観的なデータが必要であり、タウンミーティングを行うなど、国民の意見を反映させる仕組み

みも作るべき。(海辺委員)

- ④ 基本方針を議論するには、他の検討会で指摘されている事項が医療部会に上がってきて、その整合性を見なければならない。(海辺委員)
- ⑤ 出身団体の利害にとらわれないのは当然。(海辺委員)

2 医療への住民参加

- ① 医療への地域住民の参加についての支援策を考えてほしい。ボランティアの養成講座などを行っているが、ボランティアを受け入れる医療機関側の意識が欠如している。インセンティブを考えてもらえないか。(辻本委員)
- ② 医療への地域住民の参加は大賛成。コンビニ診療を減らすべき。各地域の医師会などと協力して行っていくべき。(邊見委員)
- ③ サッカーや野球のようなファンクラブが、なぜ医療界には存在しないのか。医療の見える化や、健康教育を行うなど、医療を生活の真ん中に持ってくるべき。(邊見委員)

3 その他

- ① 本日の東京新聞の朝刊に「地域の急患連携に加算」という記事が出た。こういった現場を一喜一憂させるような記事が減るようにしてほしい。(中川委員)
- ② 「「社会保障国民会議最終報告(平成20年11月4日)」は尊重されるべきものではあるが、このとおりの改定が行われることが決定されているものではない」ということを聞いて安心した。(中川委員)
- ③ 今回の介護報酬改定や、補正予算の補助金で、介護職員の給与を上げるという話があるが、同じ病院において、介護の方の職員だけ給与を上げ、病棟に勤務している同じ介護職員(看護助手)の給与を上げないという理屈はなく、経営がしにくくなる。24年に同時改定があるので、そこでは整合性をとって改定をしてほしい。(日野委員)
- ④ 健保連では、医学部の学生に対して保険経済についての課外授業を行うことがあるが、学生からは、保険経済について勉強する機会が欲しいという声がある。医学部のカリキュラムを見直して(厚労省・文科省間の連携)、こういった講義も加えてほしい。(高智委員)

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
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
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
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33回社会保障審議会医療保険部会（21.8.27）各委員の発言要旨

I 診療報酬関係

1 4つの視点、「選択と集中」（全般）

- ① 「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。（藤原委員・日医）
- ② 「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。（藤原委員・日医）
- ③ 4つの視点は賛成。（岩田参考人）
- ④ 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。（逢見委員）
- ⑤ 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。（藤原代理人・経団連）
- ⑥ 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。（逢見委員）
- ⑦ 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。（対馬委員）
- ⑧ 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。（小林委員）
- ⑨ 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。（対馬委員）
- ⑩ 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。（大内委員）
- ⑪ 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、諸外国に比べれば低い。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、高齢化率が20%を超えるのは日本のみで、これから増えていくことが明白なのも日本のみ。増える給付費を負担すべきだと思

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。(樋口委員)

- ⑫ 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。(岩本委員)
- ⑬ 「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かなければいけない。(西村委員)
- ⑭ 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。(藤原代理人・経団連)
- ⑮ 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、こういった審議会で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。(西村委員)

2 救急・産科・小児科

- ① 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ぬ。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。(藤原委員・日医)
- ② 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。(逢見委員)
- ③ 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。(坂本委員)

3 プライマリケア

- ① ヨーロッパではプライマリ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。(多田委員)
- ② 開業医はプライマリ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。(藤原委員・日医)
- ③ 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。(多田委員)
- ④ 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。(岩本委員)

4 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。(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。(樋口委員)

5 歯科医療

- ① 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。高齢者の50%を目標にして、QOLの高い社会を目指す所存。(渡辺委員)
- ② 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。(渡辺委員)
- ③ 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。(渡辺委員)

- ④ 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。(渡辺委員)
- ⑤ 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。(渡辺委員)

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。(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。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。(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。(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。(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。(藤原代理人・経団連)

8 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。(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。(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。(逢見委員)
- ④ 愛知県でも勤務医が少なく過重労働が問題になっている。医療クラン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。(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。(逢見委員)

9 診療報酬と補助金

- ① 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。
(藤原代理人・経団連)
- ② 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。(岩村委員)

II 診療報酬以外

- ① 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。(岡崎委員)
- ② 4つの視点はそのとおりで、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。(山本委員)
- ③ 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イケない。(山本委員)
- ④ 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。(西村委員)
- ⑤ 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。(岡崎委員)
- ⑥ 高額療養費は複雑であり、見直しが必要。(逢見委員)