

## 第 8 回～ 1 0 回社会保障審議会医療部会 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。(21. 8. 26 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。(21. 8. 26 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。(21. 8. 26 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。(21. 8. 26 堤委員)
- ⑤ 健保組合数は、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 組合を切ってしまった。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を受け入れられる状況ではない。(21. 8. 26 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。(21. 8. 26 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。(21. 8. 26 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。(21. 8. 26 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。(21. 8. 26 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。(21. 8. 26 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。(21. 8. 26 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。(21. 8. 26 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。(21. 8. 26 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。(21. 8. 26 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。(21. 8. 26 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いいが、なかなかそれは難しいだろう。(21. 8. 26 堤委員)
  - ⑰ どこに住んでいても格差なく医療を受けられる医療提供体制を構築すべきという議論をして、中医協で具体化していくべきである。(21. 11. 19 竹嶋委員)
  - ⑱ 改定の視点は各々もつともだが、どれもこれまでも言われてきたもの。にもかかわらず何故地域の医療崩壊が止まらないかというと、日本の医療が高度化して変わってきているのに、それに診療報酬が立ち遅れているからだ。個別対応では不可能になってきている。例えば、救急はやればやるほど赤字だし、DPCは救急入院でも予定入院でも収入は変わらない。また、産科はそもそも診療報酬に含まれていない。病院の経営状態もいつまでたっても悪い。大きな構造変化について行っていない。大きな意味で、枠組みを変えないといけない。(21. 11. 19 石井参考人)
  - ⑲ 視点の中に、「患者からみて分かりやすく納得でき、安心・安全」とあるが、前回改定で明細書発行は見送られた。どういう意味で書いてあるのか疑問。(21. 11. 19 海辺委員)
  - ⑳ 入院基本料を上げるべき。入院基本料が抑制され、採算割れして、それをカバ

- 一するため、加算や特掲診療料を取りに行つて無理をしている。このため、医師も看護師も疲弊している。(21. 11. 19 鮫島委員)
- ⑳ 前回とあまり変わらない基本方針だ。では前回改定はどうだったかという、あまり効果がなかった。どうしてかという、全体の改定率は微々たるものであったからだ。資料4の④のイとロに医療費の底上げと配分の見直しの両論があるが、医療全体が疲弊している。全体の底上げが必要。基本方針に「病院医療の全体の底上げ」という文言を入れたらどうか。(21. 11. 19 西澤委員)
- ㉑ 今の地域医療の崩壊は大変なところまで来ているという認識。(21. 11. 19 大西委員)
- ㉒ 重点課題の2項目の方向は良いと思う。それを具体的な診療報酬改定で示してもらって、各地域、国民に説明できるようにお願いしたい。それをもとに地域医療が再構築に動き出せるような改定にしてほしい。(21. 11. 19 大西委員)
- ㉓ 医療費全体の底上げ、その中でメリハリをつけることを主張してきた。先日行われた行政刷新会議WGの「事業仕分け」において、財務省が提出した不完全な資料に基づいて評価が誘導されたのではないかと懸念をもっている。(21. 11. 19 中川委員)
- ㉔ TKC 医業経営指標に基づく分析を見て頂きたい。経営は厳しい。病院も診療所も危機的状況であり、全体的な底上げが必要である。医療経済実態調査は経年比較、診療科間の比較のいずれにも適切とはいえない。(21. 11. 19 中川委員)
- ㉕ 平成22年度診療報酬改定の4つ視点に、重症化の予防が明記されたのは画期的。(21. 11. 19 齋藤(訓)委員)
- ㉖ 平成22年度診療報酬改定の「重点課題」として医療従事者の増員に努める医療機関への支援が掲げられているが、これは医療従事者の採用を可能にするような診療報酬上の手当てをするという理解でよいか事務局に確認したい。(21. 11. 19 齋藤(訓)委員)
- ㉗ 診療報酬の全体の底上げを求める意見もあったが、医療保険財政は厳しい状況にあり、医療費の底上げが行われれば大幅な保険料の引き上げが必要になる。「視点」の内容は妥当なものだと思うが、医療保険財政の状況も踏まえて議論してほしい。(21. 11. 19 小島委員)
- ㉘ 重点課題、4つの視点は引き続きの課題である。(21. 11. 19 小島委員)
- ㉙ 診療報酬は医療経済実態調査を参考に決定されてきたが、単に表面上に出る数字だけでなく、期待される役割は何なのかという実態をみて改定を行う必要がある。(21. 11. 19 山本(信)委員)
- ㉚ 改定の4つの視点は必要なことで、高く評価する。しかしこれを見たら、患者の期待値は上がる。議論の中で欠落しているのは、患者はどうしたら良いかという視点だ。患者のいわば「諦観」の議論を行うべきだ。患者の電話相談をしているが、患者のニーズは大きく、多様化している。決して成熟してきている訳ではない。(21. 11. 19 辻本委員)

- ③② 医療といえども国民生活の一部として、失業率上昇、賃金低下といったことも十分踏まえて議論する必要がある。(21. 11. 19 藤原参考人・経団連)
- ③③ 以前「ない袖は振れない」といったことも申し上げたが、時間の経過とともに工夫した言い方をしなければいけないと思っている。国民が納得のいく視点で言えば、小児・産科・救急、病院勤務医の疲弊した部分については、大胆かつ重点的にフォローしていくべきと考えている。(21. 11. 19 高智委員)
- ③④ 健保組合の数は減少している。協会けんぽも赤字であり、共倒れになりかねない。医療保険の財政は厳しい。経済情勢ないし雇用情勢が悪化しており、国保サイドによると、保険料の収納率が下がっているとのこと。これらの厳しい状況を踏まえた上で、改定に臨むべき。全ての分野について診療報酬引き上げ反対というわけではないが、改定には最大限工夫を凝らしているか検証が必要。(21. 11. 19 高智委員)
- ③⑤ 前回、重点分野への配分を点数ベースで行ったが、全体の疲弊感は解消されなかったという事実から出発すべき。特に、急性期医療提供体制、とりわけ救急医療を維持発展させる、社会的共通基本を持たせる方法は、個別の点数だけでよいのか。技術料は出来高でもよいが、社会的共通資本を支える費用は、固定費をどう担っていくかという問題であり、固定費としては出来高診療報酬だけではなく、公費の使い方もあるし、基本料もあると思う。(21. 11. 19 田中部会長代理)

## 2 救急・産科・小児科医療

- ① 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箇所を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。(21. 7. 9 竹嶋委員)
- ② DPCにおいて、小児に特有な医療を機能評価係数により評価してほしい。(21. 7. 9 加藤委員)
- ③ 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。地域の小児科を手厚くしないと地域格差が広がってしまう。(21. 7. 9 加藤委員)
- ④ 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。急性期治療を終えた小児で長期に入院している患者について、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、病院に入院する必要がなくなり、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。(21. 7. 9 加藤委員)
- ⑤ 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。(21. 7. 9 斉藤委員)
- ⑥ 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。(21. 8. 26 海辺委員)
- ⑦ 「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。(21. 8. 26 海辺委員)
- ⑧ 「救急・産科・小児科だけでよいのか」という意見に賛成。(21. 8. 26 中川委員)
- ⑨ 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。(21. 8. 26 加藤委員)
- ⑩ 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。(21. 8. 26 加藤委員)
- ⑪ 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行って、搬送中から医療を行う事例があるが、この際の出向いて受け取りに行く側の適正な評価が必要。(21. 8. 26 加藤委員)
- ⑫ 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。急変した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。(21. 8. 26 加藤委員)
- ⑬ がん、DPC、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。(21. 8. 26 加藤委員)
- ⑭ 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。(21. 8. 26 加藤委員)
- ⑮ 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。(21. 8. 26 高智委員)
- ⑯ 小児救急を24時間受け入れているような、一定以上の水準で診療できる医療機関を適正に評価すべき。特にPICUを高く評価すべき。小児外科の難易度の高い手術を評価すべき。ハイリスク出産は、NICUを含め、十分な機能が発揮できる医療機関について高い評価をすべき。充実した児童精神医療の診療ができる医療機関には高い評価をすべき。(21. 11. 19 加藤委員)
- ⑰ 急性期後の受け皿としての後方病床、在宅医療の強化のためには、訪問看護の充実は必至。重症心身障害児については、国立病院機構の利用も活発にするべき。小児のレスパイトも必要。人工呼吸器を付けている患者のケアができる看護師が少ない。そういった看護師の人材育成を行う医療機関について高い評価をすべき。(21. 11. 19 加藤委員)
- ⑱ 小児死亡の約40%は白血病を含む固形癌。小児がんの治療に対する評価が低い。(21. 11. 19 加藤委員)
- ⑲ 小児薬剤の調剤は特殊であるから、一定の水準を保つ医療機関を評価すべき。(21. 11. 19 加藤委員)

### 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。(21. 8. 26 村上委員)

### 4 外科

- ① 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。(21. 7. 9 邊見委員)
- ② 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年後が心配である。また、修業が長いので希望者が少ない。(21. 8. 26 邊見委員)
- ③ 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。(21. 8. 26 邊見委員)

### 5 精神科

- ① 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。(21. 7. 9 山崎参考人)
- ② 精神科の場合、入院基本料は診療報酬の8割を占める。技術料が低い。認知症、発達障害、行動障害など評価が低い。動く重症心身障害児に対する評価が必要。構造を全体的に見直して頂きたい。(21. 11. 19 鮫島委員)

### 6 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。(21. 8. 26 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。(21. 8. 26 近藤委員)
- ③ 地域社会が崩壊したことが地域医療の崩壊につながっている。高齢化社会となり、在宅医療が求められる。看取りの医療や、褥瘡への対応が必要。(21. 11. 19 海辺委員)
- ④ 在宅医療、在宅歯科医療の推進が明記されたのも評価できる。医療と介護の連携を推進するには、在宅医療を支える訪問看護の拡充が必要であり、それについても「視点」に明記してほしい。(21. 11. 19 齋藤(訓)委員)
- ⑤ 在宅医療については、医薬品を供給するのは薬剤師であり、薬局ないし薬剤師もチームの一員として活躍できる制度や仕組みが必要であると思う。(21. 11. 19

山本（信）委員）

- ⑥ 民主党政策集の提言のように、今後、法律上義務づけられていない歯科検診や、在宅歯科医療等を通じて高齢者に対する取り組みを一層推進するために、歯科医療技術を適切に評価することが必要である。（21. 11. 19 近藤委員）
- ⑦ 在宅歯科医療を推進するためには、医科・訪問看護との連携が重要。（21. 11. 19 近藤委員）

## 7 チーム医療

- ① 30 種くらいの職種によって病院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、医療事務補助者や臨床工学技士、MSWの退院支援などは評価されたが、未評価職種がまだたくさんある。（21. 7. 9 邊見委員）
- ② 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。（21. 8. 26 齋藤（訓）委員）
- ③ 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いききたい。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。事務クラークのように、看護補助者も評価できないか。（21. 8. 26 齋藤（訓）委員）
- ④ 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。（21. 8. 26 山本（信）委員）
- ⑤ 重症化の予防や医療の質の向上につながるチーム医療の推進についても「視点」に明記してほしい。（21. 11. 19 齋藤（訓）委員）
- ⑥ 勤務医負担軽減の観点から、病院薬剤師は、医師の処方サポート、プロトコルを作成したりなど、その果たす役割は大きくなってきている。現在、8つほどの専門領域の薬剤師が養成されつつあるが、そういったものの活用も重要。薬剤師が病棟に常駐していて、常にチーム医療の一員としてサポートすることが、医師の負担軽減にもつながる。そういった体制の適切な評価が必要である。（21. 11. 19 山本（信）委員）

## 8 勤務医負担軽減

- ① 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。（21. 7. 9 海辺委員）

- ② 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。(21.7.9 齊藤委員)
- ③ 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。(21.7.9 村上委員)
- ④ 病院勤務医負担軽減について、交替制を導入している医療機関の評価をしたらどうか。また、役割分担の局長通知は、完全には行き渡っていない。内容の見直し、充実をして欲しい。(21.11.19 加藤委員)

## 9 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べき。(21.7.9 山本委員)

## 10 有床診療所

- ① 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。(21.7.9 渡辺委員)
  - ※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
- ② 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。(21.8.26 竹嶋委員)
- ③ 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。(21.8.26 竹嶋委員)
- ④ 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、急性期専門在宅医療支援などいろいろな機能を担っている。今ある貴重な医療資源を活用すべきである。(21.8.26 竹嶋委員)
- ⑤ 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。(21. 8. 26 竹嶋委員)

- ⑥ 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。(21. 8. 26 部会長)
- ⑦ 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。(21. 8. 26 渡辺委員)
- ⑧ 「視点」に、病院の勤務医の負担を軽減するため、有床診療所の役割を盛り込んでほしい。(21. 11. 19 渡辺委員)

## 11 歯科医療

- ① 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。(21. 7. 9 近藤委員)
- ② 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。(21. 8. 26 近藤委員)
- ③ 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。(21. 8. 26 加藤委員)
- ④ 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。歯科医療機関との連携を図っていきたい。(21. 8. 26 近藤委員)
- ⑤ 歯科の診療報酬が低いのには驚いている。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)
- ⑥ 地域医療が危機に瀕しているという認識は地域医療を支える歯科についても同様。(21. 11. 19 近藤委員)
- ⑦ 「視点」について、歯科医療の充実が掲げられていることについては評価する。(21. 11. 19 近藤委員)
- ⑧ 先日の「事業仕分け」において 8020 運動特別推進事業が見直すこととされたが、8020 運動の重要性については、一定の理解が得られていると認識している。8020 運動は高齢者だけでなく、生涯にわたる歯科保健目標である。(21. 11. 19 近

藤委員)

## 12 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。これに資するような薬価制度のあり方についても検討するべきではないか。(21.8.26 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。(21.8.26 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。(21.8.26 高智委員)
- ④ 小児に使用できる医薬品が極めて少ない。医師の判断で適応外使用を行っているが、レセプトの査定が厳しい。医薬学上、効能効果が周知になっているものは厚生労働省として認めてはどうか。(21.11.19 加藤委員)
- ⑤ 小児の医薬品の適応外使用も含め、未承認・未適応薬の解消に資するような薬価制度のあり方の検討が必要ではないか。(21.11.19 小島委員)
- ⑥ イノベーションの評価について、一方でイノベーションをしろと言いき、一方で値段を下げろと言われれば、メーカーは何をもって開発に進んだらよいかわからない。後発医薬品の使用促進をしながら、新しい医薬品を作るための費用を作るという新しい提案については、薬価の問題として理解して頂きたい。(21.11.19 山本(信)委員)
- ⑦ 薬剤に関して、イノベーションの評価、後発医薬品の利用促進はセットで考えていきたい。(21.11.19 藤原参考人・経団連)

## 13 財源

- ① 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。(21.7.9 海辺委員)
- ② 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。(21.7.9 中川委員)

## 14 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。(21.7.9 堤委員)

## 15 その他

- ① 診療報酬の算定根拠が国民から見ると不明確。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、国民に開かれた会議にするべき。(21. 7. 9 海辺委員)
- ② 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。(21. 8. 26 堤委員)
- ③ 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。(21. 8. 26 辻本委員)
- ④ 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。(21. 8. 26 高智委員)
- ⑤ 新政権設立後、中医協委員について、明らかに恣意的と考えられる人選が行われた。(21. 11. 19 竹嶋委員)
- ⑥ 事業仕分け作業チームにおいて、改定の中身を議論しているが、そのプロセスに極めて不純なものを感じた。医療は、慎重に協議し、そのあり方を決めるべき分野であるとする。(21. 11. 19 竹嶋委員)
- ⑦ 中医協委員の変更については、新しい委員の方もそれ相応の覚悟、使命感を持って就いていると思うし、国民の側も見守っている状態。(21. 11. 19 海辺委員)
- ⑧ がん対策医療協議会のペーパーを出したが、こういった個別案件についてここで議論するよりも、中医協に委員を参考人として呼んでほしい。(21. 11. 19 海辺委員)
- ⑨ 「終末期」は高齢者に限ったことではないので、終末期相談支援料など、後期高齢者を対象とする年齢で区切ったような診療報酬制度は見直すべき。(21. 11. 19 小島委員)
- ⑩ 行政刷新会議のWGで、今まで中医協の議論を経て作ってきたものを仕分けしてしまうのは乱暴だという印象。(21. 11. 19 山本(信)委員)
- ⑪ 結核は、患者数が減ったとは言え、若年層に増えてきている。国立病院機構も大変な赤字でやめざるを得ない状況。結核は深刻な感染症。結核対策の推進についても盛り込んでほしい。(21. 11. 19 渡辺委員)
- ⑫ 患者が受けている診療が、他の人の役に立っているような、診療と研究開発の連携を評価するような仕組みはどうか。データが共用、活用されている場合に点数をつけるような仕組みなど。(21. 11. 19 樋口委員)

## II 診療報酬以外

### 1 医療部会における議論のあり方等について

- ① 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。(21. 7. 9 小島委員)
- ② 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。(21. 7. 9 西澤委員)
- ③ 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。両者をキチンと分けて議論すべき。(21. 7. 9 田中委員)
- ④ 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と。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。(21. 7. 9 日野委員)
- ⑤ 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」と思われないようにしなければならない。(21. 7. 9 海辺委員)
- ⑥ 今回の発言を踏まえ、次回はさらに進化した議論をすべき。(21. 7. 9 田中委員)
- ⑦ 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。(21. 8. 26 海辺委員)
- ⑧ 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。(21. 8. 26 海辺委員)
- ⑨ 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も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も作るべき。(21. 8. 26 海辺委員)
- ⑩ 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。(21. 8. 26 海辺委員)
- ⑪ 出身団体の利害にとらわれないのは当然。(21. 8. 26 海辺委員)
- ⑫ 医療部会の位置づけが疑問。中医協での議論は進んでおり、診療報酬以外の議論もなされていると聞いているが、何故それがここに上がってこないのか。(21. 11. 19 海辺委員)
- ⑬ 医療部会で何を議論するのか、取り上げるべき問題を決めて議論した方がよい。2 年ごとの改定の効果が検証されないで同じことが出てくる。単なる不満のはけ口になってしまっている。(21. 11. 19 水田委員)
- ⑭ 民主党が、対 GDP 比の国民医療費を OECD 平均並みに上げることを掲げて

いるのを評価している。医療費をどこに重点的に配分していくかを決めるのが医療部会の役割と思っている。(21. 11. 19 渡辺委員)

- ⑮ 医療部会の役割は、国の医療の方向性を示すことと、それを知った上で患者の側が何を引き受けるかを学習する場。(21. 11. 19 辻本委員)
- ⑯ 医療部会の役割は昔から問題。委員が、それぞれの領域の問題点を主張、発表することや、大きな枠組みの議論を行うことが部会の役割としてあるが、国民・患者としては医療がこう進歩したとかいう話を聞きたいと思う。(21. 11. 19 樋口委員)
- ⑰ 部会としての基本方針について議論した上で、その上で個別の議論をし、それを更に中医協で議論していくという順番だと考える。(21. 11. 19 田中部会長代理)

## 2 医療の国民へのわかりやすさ・住民参加について

- ① 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。(21. 7. 9 海辺委員)
- ② 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。(21. 7. 9 海辺委員)
- ③ 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。(21. 7. 9 高智委員)
- ④ 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。(21. 8. 26 辻本委員)
- ⑤ 医療への地域住民の参加は大賛成。コンビニ受診を減らすべき。各地域の医師会などと協力して行っていくべき。(21. 8. 26 邊見委員)
- ⑥ サッカーのサポーターや野球のファンクラブのようなものが、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。(21. 8. 26 邊見委員)

## 3 診療報酬関係以外

### ① 医療のあり方全般

- ・ 医療は提供者のためではなく国民のためのものであるし、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。(21. 7. 9 竹嶋委員)
- ・ 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。(21. 7. 9 日野委員)
- ・ 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、医者へ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。(21. 7. 9 日野委員)

- ・ 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。(21. 7. 9 日野委員)
- ・ 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。(21. 7. 9 海辺委員)
- ・ 医療機関同士の連携、医療と介護の連携、チーム医療を推進していくような配分が重要。竹嶋委員のおっしゃった施設完結型の医療から地域完結型の医療への移行が重要で、そのためには診療報酬だけではなく、公費の投入も必要ではないか。(21. 11. 19 藤原参考人・経団連)

## ② 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。(21. 7. 9 山本委員)
- ・ 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。(21. 7. 9 渡辺委員)

### 〔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。(21. 7. 9 加藤委員)
- ・ 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。(21. 7. 9 斉藤委員)
- ・ 分娩は自由診療であり、分娩での事故による障害児の発生の解明が進んでいない。正常分娩をどうするのか考えるべき。(21. 11. 19 海辺委員)

### 〔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。(21. 7. 9 斉藤委員)
- ・ 救急医療体制の資料に、精神科救急も位置づけて欲しい。(21. 7. 9 山崎参考)

人)

### ③ 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。(21. 7. 9 近藤委員)

### ④ 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。(21. 7. 9 山崎参考人)

### ⑤ 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。(21. 7. 9 高智委員)
- ・ 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」も存在し、国民から期待と信頼を得ている。(21. 7. 9 高智委員)

### ⑥ 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、立法化により推進してほしい。(21. 7. 9 加藤委員)

#### 〔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。(21. 7. 9 山崎参考人)

### ⑦ 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。(21. 7. 9 渡辺委員)
- ・ 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。(21. 7. 9 邊見委員)

- ・ 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。(21.7.9 小島委員)
- ・ 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。(21.7.9 村上委員)

## ⑧ 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。(21.7.9 海辺委員)
- ・ 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。(21.7.9 村上委員)
- ・ 地域医療再生基金は県ごとに自由に決定できるが、地域の病院団体や医師会等、関係団体とよく相談して決めて欲しい。(21.7.9 西澤委員)
- ・ 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。(21.7.9 西澤委員)
- ・ 地域医療再生基金については現場からの積み上げで決めていくしかない。(21.7.9 竹嶋委員)
- ・ 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。(21.7.9 石田参考人)

## ⑨ 患者負担について

- ・ 患者負担3割は、限界まできている。(21.7.9 高智委員)
- ・ 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。(21.7.9 海辺委員)
- ・ 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。(21.7.9 田中委員)
- ・ 現在の医療保険の7割給付、3割負担という公的保険の品質をこれ以上劣化させてはいけない。(21.11.19 高智委員)

## ⑩ その他

- ・ 死亡者が増加しているので、看取りについても多様な視点に立って迅速に対応してほしい。(21.7.9 高智委員)
- ・ 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。(21.7.9 海辺委員)

- 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。(21. 8. 26 中川委員)
- 「「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。(21. 8. 26 中川委員)
- 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。(21. 8. 26 日野委員)
- 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)、こういった講義を、できれば必修のかたちで加えてほしい。(21. 8. 26 高智委員)
- 700万人の団塊の世代が高齢になり、その方々が声高に医療ニーズだけを叫ぶのは違うと思う。患者が覚悟と本気を持てるように、「定款」が見える形で示して頂きたい。(21. 11. 19 辻本委員)
- 各診療科について本日お話し頂いたことがもっと見る形で、医療現場の覚悟が見えるように、作業部会を設けて頂きたい。(21. 11. 19 辻本委員)
- 保険者としての情報発信機能を果たすため、医療の見える化の一環として、レセプトのオンライン化とそれに基づく分析の強化、保健指導の強化を推進したい。(21. 11. 19 高智委員)