

検討項目ごとの発言の整理

1 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 医療政策に関する企画・立案について

- 診療報酬の問題と医療政策の問題との関係が明確でなく、事実上、中医協が医療政策に大きな影響を与えてきた。
- 政策的な議論は中医協から切り離すべき。
- 医療現場の積上げの議論では「木を見て森を見ず」になりかねないので、より高所から社会保障審議会で、そこでも見れない部分は経済財政諮問会議、財務省さらには国会で議論すべき。下からの積上げと上から枠をはめる部分のバランスを取ることが必要。
- 社会保障審議会で大所高所から日本の医療全体について議論し、これを考慮に入れながら中医協で議論していけばよいのではないか。
- 今までの中医協には権限が集中しすぎていたと言わざるを得ないので、他の審議会なりとシェアをし、時には牽制し合い、時には補い合いながら大きな問題を決めていく仕組みとすることが必要。

2 保険適用とする診療行為の範囲について

- 保険適用とする診療行為の範囲は医療政策に属すべき事項であり、中医協から切り離した方がよい。
- 「どこまで公的保険でカバーするか」といったことは全体の議論であるが、「個々の診療行為を保険適用とするかどうか」については、現場をよく知っている人が決めるべきであり、基本的な医療政策の一つ下の次元に位置付けられることから、引き続き中医協で議論すべきではないか。
- 診療行為の範囲というのは、非常に大きく取れば中医協の外で議論すべき問題。細かい個々の診療行為を保険適用とするかどうかについては中医協で議論すればよいが、大枠は中医協とは別のところで決めるべき。

3 改定率の議論について

- 「有識者会議」の場で議論するような事項ではない。
- 基本方針を中医協とは別の場で議論することとするならば、改定率は基本方針中の基本方針であり、あえて中医協で議論する必要はないのではないか。
- 中医協で改定率について意見を出してもらって、これと基本方針を摺り合わせて最終的には政府が決定するというこでよいのではないか。

2 公益機能の強化について

1 三者構成について

- 三者構成は維持すべき。

2 公益委員の人数について

- 公益委員がキャスティング・ボートを握れるように、その人数を大幅に増やし、全体の過半数とするべき。
- 公益委員の人数を増やし、支払側及び診療側と同数とするべき。
- 「8（支払側）・8（診療側）・4（公益）」ではバランスを欠くので、公益委員の人数を増やすべき。
- 公益委員については、量より質、専門分野のカバーといった観点から考えていってもよいのではないか。

3 新たな公益機能について

- 調整機能と診療報酬改定の結果の検証機能を果たすだけで相当幅広い視点が必要であり、公益委員が担うべき。
- 利害調整が公益委員の役割というのは疑問。医療経済、財政、会計等の専門家が必要。
- 審議の状況にかんがみ必要と認めるときは、公益委員は協議の上相当と認める意見を提示することができる旨を法定してはどうか。

3 病院等多様な医療関係者の意見を反映できる委員構成の在り方について

1 支払側委員の構成について

- シェアが少なくなっている人がいる一方で、公費がかなり投入されているので、国や地方公共団体といった財源に関係あるところを新たに加えたり、患者代表をもう少しきちんと位置付けたりしてもよいのではないか。
- 現在は連合の推薦により支払側委員に患者代表が入っているが、公益委員に患者代表を入れるべきではないか。
- 都道府県の代表を支払側委員に加えるには、法律改正が必要となり、難しいのではないか。

2 診療側委員の構成について

- 疑似マーケットである中医協の中で、支払側委員については、できる限り多様な主体を推薦団体として取り込もうとしており、診療側委員についても、多様な主体を取り込むべき。大学病院、大病院等を始めとする病院の代表が入っていないのはおかしい。
- 日医は医師の一般的な組織と思えるが、このままでは、大病院の経営・管理に携わる者が入ってこれない。病院の医療費のシェアの方が大きい中で、一般診療所が日医という形で5分の4も入っているのでは、望ましい診療報酬体系が構築できないのではないか。
- 大学病院や大病院の意見が反映されていないといった声は医療界にもある。日医が、推薦団体として全体を見渡しながらか、大学病院、大病院、診療所、開業医といった全体のバランスを考慮した上で選んでくる形ができれば、もっともよいのではないか。
- 日医が様々な意見の集約に努力していることは分かるが、医療が変わってきており、それぞれをより適切に代表する者が委員になる方が、より直截的に意見を反映できるのではないか。
- ある団体の意見を審議に反映させるのが相当であるということであれば、直接その団体の推薦によって委員を選任すべき。
- 委員の割り振りは、客観的な指標によって見直すべき。
- 客観的な指標は医療費であるべきであり、歯科医師の数が適当かどうかについては検討するべき。

- 診療側委員に看護師の代表を加えるべき。

3 推薦制について

- 推薦制の廃止が難しいとしても、推薦団体に複数の候補者を推薦してもらい、公益委員なりが委員を選任するなど、何らかの運用の改善が必要。
- また、弁護士会のような強制加入の組織ならよいが、そもそも任意加入の組織が推薦権を持つのはおかしいのではないか。
- 推薦制によらなければ、適任者を選任することはできないのではないか。
- 推薦制の下で外から見てなるほどなどと思える形にすることは重要であるが、推薦制を廃して官がすべてを支配するというような形はよくない。
- 推薦制は、三者構成により「〇〇を代表する委員」としている法律構成と不可分の関係にあるのではないか。

4 委員の任期の在り方について

- 専門的な知識が必要な公益委員の役割を考えると、公益委員は一遍に交替するのではなく、半数ずつ交替するべき。
- 任期は、支払側、診療側、公益すべて6年以内、3期以内でよい。

5 診療報酬の決定手続の透明化及び事後評価の在り方について

1 手続の透明化について

- 中医協の全員懇談会で提言された事項を実行していただければ、基本的にはよい。非公開の場はあるべきでないと思うが、生きたネゴシエーションであり、例外的になされるのはやむを得ない。その場合、公益委員から協議の経過を公開の場で報告することをルール化すればよい。
- 星野会長は、価格（P）は決めて数量（Q）は決めないと言っていたが、Pをどう動かせばQは長期的にどう変わるかを見極める必要があり、それをチェックするべき。事後的にチェックするだけでなく、事前にも調べてデータを提供し、これを中医協の診療報酬決定に活用すべき。このような役割

を公益委員が担うべき。

- 即日答申はおかしい。政府の予算編成過程で決定された改定率を前提として中医協に諮問がなされるので、中医協は議論を尽くして、与えられた改定率を下に答申すべき。
- 定足数、議決要件は少なくとも政令で規定すべき。
- 議事規則第4条で、各号の委員ごとにそれぞれ3分の1以上、委員の半数以上とあるが、これは各側に交渉力を与える規定であり、公益委員さえ出ればいような定足数も検討すべき。

2 事後評価の在り方について

- 「診療報酬改定の結果の検証」については、診療報酬の改定率が医療費に実際どう影響したのかを検証するとともに、基本方針に沿った改定が行われたかを検証する必要がある。後者は、公益委員だけではなく第三者も必要。結果が次の医療政策のデータになるという検証でなければ。

6 その他、医療の現場や患者等国民の声を反映する仕組みの在り方について

- 利害関係者だけではなく、患者の声を聴くべき。
- 労働委員会は、使用者と労働者のほかに公益委員がいて、ダブリがないが、中医協は、国民皆保険の下ではすべてが被保険者であることから、公益委員には支払側と共通の地盤があり、純粋な立場で公益機能が果たせるのか疑問。
- 税制調査会で地方公聴会をやっているが、正直あまり意味があると思えない。国民の意見を自由に受け付ける投書箱のような受け皿を作っていたきたい。
- 疑似マーケットには疑問があるが、支払側と診療側では全体の声にはならないので、国民の声として、パブリックである公益委員を入れることによって、全体の意見を取り入れる仕掛けではないか。
- 基本的な医療政策や医療の在り方をしっかりと考える方が中医協にいてほしい。それが公益委員であるべき。