

○医療政策企画官 ただいまから第40回「社会保障審議会医療部会」を開会させていただきます。

委員の皆様方におかれましては、お忙しい中を御出席くださりましてまことにありがとうございます。

当部会の総委員数が24名ですので、定足数は3分の1の8名となっております。

本日は現時点で21名の委員の皆様にご出席いただいておりますので、この会議が定足数に達していることをまず御報告申し上げます。

まず初めに、新しく委員に就任された方を紹介申し上げます。

阿部泰久委員です。

加納繁照委員です。

木戸道子委員です。

渡邊正臣委員です。

次に、本日の御欠欠について御報告申し上げます。

本日は大西委員、尾形委員から御欠席との連絡をいただいております。

また、本日、永井部会長におかれましては、所用により途中からの御出席または御欠席となる旨、御連絡をいただいております。

それでは、議事に入ります前にお手元の資料の確認をさせていただきます。

お手元に議事次第、座席表、委員名簿のほか、資料1、資料2、資料3、参考資料1、参考資料2、参考資料3-1～3-4をお配りしております。

また、木戸委員から産婦人科勤務医の処遇改善と女性医師の就労環境に関するアンケート調査報告の資料をいただいております。

不足がございましたらお知らせください。よろしいでしょうか。

それでは、議事に入らせていただきますが、先ほど申し上げましたとおり永井部会長が御不在ということですので、以降の進行は田中部会長代理にお願いしたいと思います。よろしくお願い申し上げます。

○田中部会長代理 皆さん、こんにちは。

早速議事に移ります。本日は、次期診療報酬改定の基本方針の検討について意見交換を行います。詳細は後ほど事務局に説明を申し上げますが、例年、診療報酬改定については、社会保障審議会医療部会、この部会と、医療保険部会において策定された基本方針に基づいて、中央社会保険医療協議会において具体的な診療報酬点数の設定等にかかわる審議を行い、実施するものとなっております。

9月11日には医療保険部会が開催され、平成28年度改定の基本的視点と具体的方向性について御議論いただいたと承知しております。

本日の医療部会においては、その際の医療保険部会資料をもとに、医療提供体制改革の観点からの主な論点について、より詳細にしたたたき台を事務局につくっていただきました。本年の基本方針の策定に向けて、本日はこのたたき台を中心として議論をしてまいり

ます。

初めに、事務局から資料をお願いします。

○医療介護連携政策課長 保険局の医療介護連携政策課長でございます。

それでは、まずお手元の資料1に沿いまして、28年度診療報酬改定のスケジュール(案)について簡単に御説明をさせていただきます。

先ほど部会長からお話もございましたが、平成18年度改定以降、診療報酬改定につきましては基本方針を社会保障審議会で御議論いただきまして、それに基づきまして個別の点数については中医協で議論するという仕組みになってございます。既にそのスケジュールの右のほうにもございますように、中医協におきましては本年1月から総論的な議論を開始しておりますけれども、今後その左にございますが、この医療部会、そして医療保険部会におきまして基本方針の御議論を進めていただきまして、1月下旬から12月初旬ぐらいにかけて基本方針をおまとめいただくというスケジュールで進めていただければと思っております。

2ページ、3ページは前回改定のスケジュール等々でございますので、御参考まででございます。

○総務課長 続きまして、医政局総務課長でございます。

資料2につきまして御説明をさせていただきます。

あわせて、関連する事項といたしまして、参考資料3-1から3-4までお配りしておりますので、参考資料のほうも適宜御紹介しながら御説明をさせていただきたいと思っております。

先ほど部会長代理からもお話がございましたとおり、本日は医療提供体制改革の観点からの主な論点についてたたき台、この資料を中心に御議論を賜りたいと思っております。この資料の趣旨でございますけれども、今後医療保険部会と医療部会で診療報酬改定に係る基本方針を御議論いただくわけでございますが、この医療部会の所管でございます医療提供体制改革の観点から、主としてどのような御議論が焦点になるのかというところをポイントとして整理をしたものでございます。

趣旨としましては、今回の診療報酬改定につながる部分も相当あるかと思っておりますし、また、直接今回ということではなくとも、少し中長期の観点から、診療報酬の観点からも議論が必要ではないか。そういった趣旨でまとめさせていただいたものでございます。

医療保険部会でどのような議論になるのかということにもよるわけでございますけれども、医療部会、この部会におきましては、まずこの論点のある程度おまとめいただきまして、最終的には基本方針と一体のものに溶け込んでいくといたしますか、合流していくといたしますか、そういったことが予定される資料ということで御理解をいただきたいと思っております。

内容でございますが、表面、裏面にわたりまして約4点ということで事項を整理しております。

まず1点目でございますけれども、医療需要の変化への対応ということでございます。参考資料といたしましては3-1でお配りしておりますけれども、御案内のとおり当部会で御議論いただきました医療法の改正案、最終的には医療介護総合確保推進法ということで昨年成立をさせていただいたところでございますけれども、その後、所要の検討会で地域医療構想策定ガイドラインをこの3月に取りまとめていただきました。

また、政府全体の動きといたしましては、内閣官房の専門調査会でこのガイドラインを機械的に使った全国ベースでの試算ということも公表されているという状況でございます。

そうした状況の中で今後の予定といたしましては、既に各都道府県におきまして地域医療構想区域ごとの構想の確定に向けて議論を始めていただいているという状況でございます。2025年の地域医療構想の実現に向けまして、病床機能の分化・連携というところが当然最重要課題となっているということでございます。そうした観点から資料におきましては、地域ごとに病床医療ニーズの内容に応じて機能分化しながら、切れ目のないサービス提供のため、構想に沿った4つの機能をバランスのとれた形で確保する必要があると書かせていただいているところでございます。

それとも関連いたしますけれども、2つ目に在宅医療地域包括ケアシステムの推進ということでございます。医療、介護を一体としまして地域包括ケアシステムをどのように進めていくのかということでございますけれども、かかりつけ医を中心としまして多職種協働、全ての職種あるいは医療のみならず介護の職種も共同の中にも含まれるわけですが、そうした方々の連携によりながら在宅医療をどのように進めていくのかという観点の議論が必要ではないかということでございます。

また、地域医療構想におきましても、慢性期のニーズは入院あるいは在宅と一体で推計をしているということでございます。高齢者の生活実態に応じて在宅医療も含めましてサービス提供をどのように進めていくかという観点から議論が必要ではないかということで、2つ目のポツを記載しているところでございます。

あわせて3つ目でございますけれども、医療分野におけるICT化の推進ということでございます。政府全体の重要事項といたしまして、規制改革実施計画等に基づきまして医療機関の効率的な情報共有や医療の質の向上のためにICTの活用、電子カルテの普及あるいは地域でのネットワークとしての活用あるいは遠隔医療等への活用等が課題となっているところでございまして、そうした観点からの御議論もお願いをしたいということでございます。

大きな2つ目の柱でございます。医療従事者の確保ということでございます。1点目と共通する点もございまして、チーム医療の推進という観点から医療の高度化、複雑化が進む中で質が高く、安全な医療を提供するため、チーム医療を推進していくことが必要ということでございます。

あわせて医療従事者の確保という観点から、勤務環境の改善という視点も重要ではないかということでございます。医療法の改正でも勤務環境改善支援センターの機能の推

進ということがうたわれているわけでございますけれども、医療従事者の離職防止や定着を促進し、医療の質の向上や患者満足度の向上等を図るためにも、医療機関における勤務環境の改善が必要ではないかという視点でございます。

裏面にまいりまして、質の高い医療の効率的な提供ということで、これ以外の主な医療提供体制上の課題ということでございます。30年度には次の医療計画の見直しの時期を迎えるわけでございます。そうしたスケジュールも視野に入れながら救急医療、小児医療あるいは周産期医療の充実という視点は、引き続き重要ではないかということでございます。

次に、医療安全管理体制の向上ということでございます。この10月から医療法に基づく事項、調査制度がスタートすることになっているということでございます。また、参考資料でもお配りしておりますけれども、本年に入りまして特定機能病院の複数の事案、それに対する行政対応といったところが課題になっているところでございます。そうした状況も踏まえまして医療事故の原因の究明、再発防止を図る医療安全対策をどのように進めていくかという視点も重要ではないかということでございます。

さらに3つ目に、医科歯科連携の推進ということでございます。高齢化が進む中で口腔機能と全身疾患の関連につきましては、徐々にエビデンスが蓄積されてきている状況ということでございます。そうした状況も踏まえまして医科歯科連携の促進が必要ということではないかということでございます。

後発医薬品の使用促進につきましては、本年のいわゆる骨太方針におきまして、2017年央に70%以上、さらには2018年度から2020年度までの間の早い時期に80%という目標を設定させていただいたところでございます。こうした目標を踏まえまして、使用促進という観点での御議論が重要ではないかということでございます。

最後に、医薬品・医療機器の産業の振興ということでございます。政府全体では健康医療戦略という形で、政府一体となりましてこれを推進する体制ができてきているということでございます。厚労省におきましてはこの部会で御議論いただきました医療法改正に基づきまして、臨床研究中核病院の指定を進めさせていただいているところでございます。そうした臨床研究、治験の拠点あるいは体制の構築をどのように支援していくかという視点も重要ではないかということでございます。

最後に医薬品、医療機器、検査等のイノベーションの推進ということでございます。参考資料としまして先日策定されたばかりでございますけれども、医薬品産業強化総合戦略というものを配らせていただいているところでございます。さきに述べました後発医薬品の使用促進とも関連いたしますが、イノベーションの推進、さらに質の高い効率的な医療の実現あるいは産業の競争力強化、これらをバランスのとれた形で実現していくことが戦略上、重要ではないかということでございます。そうした観点からイノベーションの適正な評価ということでの御議論も重要な視点ではないかということで、たたき台として盛り込ませていただいているものでございます。

続きまして、渡辺課長から御説明いたします。

○医療介護連携政策課長 資料3をごらんいただければと思います。この資料は先週、医療保険部会に提示をいたしまして御議論いただきました資料でございまして、先ほど総務課長から御説明のございました資料2とあわせまして、本医療部会でも御審議を賜ればと思っております。

初めに、資料3の一番最後についておりますA3の別添の紙をごらんいただければと思います。これが平成18年度改定からこれまでの基本方針のポイントをまとめたものでございます。この紙の一番左のほうに改定の視点ということで4つ並べておりますけれども、これが18年度改定で初めて基本方針が策定されたときに示された視点でございまして。これまでこの方針に沿って5回基本方針を策定してございまして、基本的にはこの4つの改定の視点を踏襲しつつ、それぞれの視点に沿った具体的な方向というものを示してきております。また、年によりましては、例えば平成20年度改定ですと、重点課題ということで病院勤務医の負担軽減を挙げたり、あるいは24年度改定ですと介護との同時改定でございましたので、医療、介護との役割分担の明確化等々を重点課題として挙げ、また、前回26年度改定は社会保障と税の一体改革の流れの中での改定でしたので、医療機関の機能分化・連携強化ですとか、あるいは在宅医療の充実ということを重点課題として挙げております。

お戻りいただきまして1ページ目でございますけれども、この1ページの上の四角のところは今、申し上げましたこれまでの経過ということでございまして。これを踏まえまして平成28年度の診療報酬改定の基本方針の策定に当たって、まず基本認識ということでそこで3つ挙げてございまして。超高齢社会における医療政策の基本方向。これにつきましてはまさに医療部会での御議論を踏まえて少し膨らませていただければと思っておりますが、幾つか例示もそこに挙げさせていただいております。

2点目は、地域包括ケアシステムと効率的で質の高い医療提供体制の構築ということで、次の次の改定、平成30年度は診療報酬と介護報酬の同時改定でございまして、そういったことも視野に入れながら、介護報酬との連携ということも基本認識としておく必要があるのではないかということ。

3点目が経済・財政との調和ということで、骨太方針等々でもいろいろと診療報酬についての指摘事項もありますので、こういったことへの対応も考えていく必要があるということでございます。

おめくりいただきまして2枚目でございますけれども、今、申し上げましたような基本認識に立ちまして、今回の改定の基本方針につきまして基本的な視点と、それに沿った方向の例ということで挙げております。この方向の例はあくまでも例示ということでございまして、また医療部会あるいは医療保険部会での御議論を踏まえて、ここも随時見直していきたいと思っておりますが、視点の例としましては、これまでの改定と基本的に大きな方向は変わっておりません。最初の柱は医療機能の分化・強化、連携と地域包括ケアシステムの推進ということで、具体的な方向としては入院医療のことですとか多職種連携、先ほども出しましたが、多職種連携の取り組みの強化ですとか、あるいは在宅医療、訪問看

護、外来医療の機能分化、医療従事者の負担軽減といったことを例として挙げてごさいます。

2つ目の柱は、患者にとって安心・安全で納得できる効率的で質が高い医療を実現する視点ということで、ここではそこにごさいますのはかかりつけ医等の評価ですとか、あるいは医療連携、質の高いリハビリテーションの評価等を例として挙げてごさいます。

3点目の柱は、重点的な対応が求められる医療分野を充実する視点ということで、ここで個別領域といいますか、重点分野としてここでは例としてがん医療ですとか、あるいは新オレンジプランを踏まえました認知症患者への適切な医療の確保、精神医療の評価あるいは難病法の改正がごさいましたので、これを踏まえた対応ですとか、救急小児、周産期あるいは歯科医療、薬学管理や在宅医療等への貢献度による評価ですとか、イノベーションの適切な評価ということを例示として挙げております。

4点目の柱は、効率化・適正化を通じて制度の持続可能性を高める視点ということで、後発医薬品の使用促進ですとか、あるいは退院支援等の取り組みによる早期退院の推進、医薬品の適正使用の推進、いわゆる門前薬局の評価、重症化予防ですとか市場実勢価を踏まえた適正な評価等々、これもこれまでの基本方針ですとか、あるいは先ほど申し上げた骨太方針等々での指摘等も踏まえて、たたき台ということで例をお示ししておりますので、御審議をいただければと思います。

なお、参考資料としまして参考資料1というものがごさいますが、これは今年6月に閣議決定等をされたいわゆる骨太方針等々におきまして、診療報酬について言及されている部分の抜粋でごさいます。

参考資料2は、今、申し上げました具体的な視点に沿って、既に中医協では検証報告などの調査の報告もされておりますので、そういったデータのなところを中心に現状の資料をまとめております。一つ一つ御説明申し上げませんが、今後の御審議の中で参照いただければと思います。

以上でごさいます。

○田中部会長代理 ありがとうございます。

では、これまでの説明について、各委員の方々からの御意見を申し上げます。邊見委員、どうぞ。

○邊見委員 事務局に質問なのですが、医療部会と医療保険部会は同格でしょうか。実は委員も選ばれ方が違うと思いますし、結論が分かれた場合に両論併記ということで実は西澤委員とも先ほどお話ししたのですが、平成22年のときに医療部会と医療保険部会が分かれたのです。両論併記ということで私たちは斎藤部会長にお預けしたのですが、8対2か7対3ぐらいで医療保険部会の意見が通っていました。というのは、やはり官邸に近いのは医療保険部会ではないか。我々の供給体制よりも先に経済的な視点が来るのではないかということに危惧しているのです。今回はそういうことがないようにしてほしいなと思うので、このような質問をしています。いかがでしょうか。

○田中部会長代理 どなたがお答えになりますか。総務課長ですか。

○総務課長 社会保障審議会の下にいずれも部会として置かれているものでございまして、医療部会は御案内のとおり医療提供体制改革の制度論について御議論をいただく。医療保険部会は同様に医療保険制度について御議論いただくということでございますので、格というのがどういう御趣旨かわりませんが、組織としては同じレベルの組織であると理解しております。

○邊見委員 わかりました。それならば会議の順番が逆ではないですか。医療部会を先にやって医療保険部会を後でやるのが普通ではないですか。医療の現実を先に討論して、後で保険の意見を出すのが普通のやり方ではないですか。保険部会は何か日程の都合で、委員の都合でそうなったのですか。

○総務課長 この基本方針にかかわる議論につきましては、医療部会あるいは医療保険部会それぞれ現時点では3回程度御審議いただきまして、おまとめをいただきたいと考えております。その1回ずつの前後関係はまさに今おっしゃいましたとおり、多忙な委員の先生方が一番集まりやすい日程ということで、部会長とも相談してセットさせていただいているものでございまして、その前後関係につきましてはそれ以上の意図は全くないということをお知らせいたします。

○田中部会長代理 最初に加納委員、次に菊池委員の順でお願いします。

○加納委員 今の話をもって考えますと、やはり我々現場のことをしっかり伝えるのがこの医療部会であるとするならば、この中で来年度の診療報酬を議論するに当たって1つのキーワードは、高齢者の救急ではないかと実は思っております。地域包括ケアにしろ、在宅、医療機関等でもありますが、在宅の患者さんの急変時にどういった形で対応するかというトリアージをしっかりとしていかなければいけない。その点に関しまして1つの確認をおきたいと思うのですが、高齢者の救急は一番責任を持ってやるところがどこであるか、ということを引きつりと議論しておくべきではないか。それを評価する診療報酬にぜひともしていただきたい。

ひとつは、今どうしても三次救急へ高齢者の方が流れている実態がありまして、三次救急が疲弊しているという実態があります。本来これは二次救急がやるべき仕事ではないか。そこでトリアージをして、二次救急で手に負えないものは三次救急へ、いわゆる最後の砦としての救命センターに運ぶ。また、二次救急で在宅に戻せるのであれば在宅に帰すし、慢性期の機関でも診られるなということであれば、慢性期医療機関のほうへ移していく。そういう意味で今後、高齢者がこれから10年、20年急増する、特に都会で急増する高齢者救急に関しての主役は、二次救急なのであれば二次救急に関してしっかりとした診療報酬の評価をしていただきたいかなと思っております。

残念ながら26年度で、資料3の3ページを見ていただいたらわかるのですが、22年、24年と救急に関しては重点事項になっていたのですが、26年度はなくなりまして、確かに逆に二次救急に対して厳しい前回の診療報酬改定がありましたもので、こういう発言をさせ

ていただいております。

○田中部会長代理 ありがとうございます。

菊池委員、どうぞ。

○菊池委員 資料2と資料3の内容におおむね賛同いたします。その上で4点、意見を述べさせていただきます。

まず医療需要の変化への対応というところで、病床機能の分化・連携がございますけれども、退院支援と訪問看護の強化が必要ではないかと考えております。患者さんと家族が不安なく退院するためにも、この退院調整機能が重要になってきております。高齢者の増加で今後病気や障害を抱えたまま退院されて、かつ、家族が老老介護や独居高齢者も多い中で、退院支援のニーズが著しく増加して複雑になってきております。住宅改修やリース医療機器の調整などもどこで誰が担うか明確になっていない、家族形態の変化で治療方針、療養方針の意思の確認や合意形成が難しいなどの状況がヒアリング調査でわかりました。退院支援室のない病院もまだありますけれども、退院支援室を持っている病院においても退院支援がニーズの増大に対応し切れない状況も出てきております。病棟のナースも退院支援を意識しながら支援室に早い時期から連携する必要があると考えております。退院支援の強化が病院機能の分化や在宅医療の推進の観点から重要ですので、ぜひ論点及び改定の基本方針に明記していただきたいと思っております。

訪問看護も引き続き重要だと考えておまして、今後は特養への訪問看護のサービス導入の拡大や、NICUを退院した重症度の高い小児への訪問看護の充実も図る必要があると考えております。

2点目は、認知症や認知機能が低下した高齢者への対応体制の強化が必要だと考えています。新オレンジプランが策定されましたが、認知症の方の増加に伴ってその対応策が医療現場においても非常に重要になると思います。そういう患者さんが増加する中で、特に夜間など安全・安心なケアの提供に苦慮することが多くなっていると現場からは聞いております。また、骨折、肺炎など身体疾患で入院された高齢者が、心身の状態の変化とともに病院という新しい環境に適応できずにせん妄症状、認知機能低下が出てくる方が数多く見られます。高齢者のこのリスクを予測して、早いうちから予防的にケアする体制の強化が必要と考えます。

3点目は、医療勤務環境の改善です。国は女性が活躍する社会づくりを目指しております。医療従事者の勤務環境改善は、昨年の医療法改正で医療機関の管理者の努力義務となるなど重要な施策として掲げられました。医療従事者には女性が多く、例えば看護では就業している看護職員約157万人のうち、女性が94%を占めています。これまで多くの看護職員が勤務環境が厳しいため家庭との両立ができずに離職していました。特に24時間365日の交代制勤務を行う看護職員については、看護師等の人材確保の基本方針で示されております夜勤体制が実現されるように、体制整備をする必要があると思っております。

4点目が、質の高い医療の効率的な提供のところの最初に書いてあります、救急医療、

小児医療及び周産期医療の充実で、これも重要だと考えております。本会が三次救急医療機関を対象に昨年調査した結果では、初療体制を初めとして人員体制にばらつきがあって、三次救急で働く看護職の負担が大きい場合があるということもわかりました。地域医療を守るためにも救命救急センター等の充実は重要と思われるので、必要な人員が整えられるような対策が必要と思われます。

また、周産期医療に関して現在、地域では産科のある病院が減少するなど、安心して出産できる環境確保が年々難しくなってきました。地域ごとに出産環境を確保するための対策が必要だと思います。

以上、4点につきまして論点及び基本指針に明記をお願いいたします。

○田中部会長代理 4点の御要望で、救急については加納委員と同じでした。

山口委員、どうぞ。

○山口委員 山口でございます。

3つほど意見がございます。

今の菊池委員から退院支援のお話ございましたけれども、依然としてなかなか病床機能が分化・連携していることが、一般の患者というか国民には理解が進まないのが現状としてまだまだあると思っています。まして地域医療構想にしても、病床機能の報告制度にしても、住民の参加という声がなかなかまだ聞こえてきていない。今から始まったところですけども、よりそれを進めていかないといけないということも含めて、退院支援というところを手厚くしていただくことが、そういう病床機能の分化・連携をしているんだということを理解した上で、自分はどこに行くのかということも納得した上で転院、退院をするということからも、この退院支援の役割はとても大きいのではないかと。まず1点目は思います。

それから、資料2の裏面に医療安全管理体制の向上というところがあります。私は今、先ほども特定機能病院の話がありましたけれども、大学病院等の医療安全に関するタスクフォースにかかわらせていただく中で、22病院の大学病院のヒアリングに同行させていただいてまいりました。そこで医療安全管理体制ということをいろいろお聞きする中で、かなり管理者の方が医療安全に対して十分な理解を持っておられるところは、点数にならなくても一生懸命医療安全に取り組んでおられるということはわかりましたけれども、なかなか点数がつかないところでは十分な体制が維持できていないということも、実際に実感をしてまいりました。ですので10月から医療事故調査制度が始まるという中で、院内調査をしっかりとやっていかなければいけないとすれば、この院内の医療安全管理体制というものがしっかりと構築できないといけないと思っています。ですので、ここの要件にしっかりとした医療安全管理体制をつくるための手厚い報酬ということも大事ではないかというのが2点目です。

3つ目に、資料3の中に患者にとって安心・安全で納得できる法律的で質の高い医療を実現するという視点の例として、かかりつけ医の評価、かかりつけ歯科医、かかりつけ薬

剤師・薬局の評価ということが書かれておりますけれども、今、医薬食品局でかかりつけ薬局とは何かという定義を検討会の中でして、さらには健康づくり支援薬局となるか、名前はまだ未定ですけれども、こういうものがかかりつけ薬局ですよという基準づくりを一定話し合って、私も参加してまいりました。そういうかかりつけということからしますと、ここに患者にとって安心・安全、納得と書いてありますけれども、やはり患者が選んで決めるという視点がとても大事だと思います。ここにかかりつけ歯科医と書いてあるのですけれども、確か私の記憶では約10年ほど前にかかりつけ歯科医ということで初診料、再診料の点数がついて廃止されたときに、形骸化しているとか、歯科医師のためのものになっているということが問題になったように記憶しておりますので、患者が選ぶという視点でこのあたりのところをぜひ考えていただくときに、重要な視点にさせていただきたいと思っております。

以上です。

○田中部会長代理 中川委員、どうぞ。

○中川委員 確認なのですが、この資料2と資料3はどちらがたたき台になるのですか。

○田中部会長代理 総務課長、どうぞ。

○総務課長 たたき台という性格はいずれも初めての議論ですから、両方ともたたき台なのですが、本日の議論は先ほどの邊見委員との御指摘とも関連すると思っておりますけれども、医療部会の所管は医療提供体制をどのように改革、整備していくのかということでございますので、私どもの意図としましては、本日は資料2の医療提供体制の改革の観点からまだほかにどういう視点が必要なのかとか、この視点の方向性はどうかということをお本日は中心に御意見を賜りまして、できればある程度これについてはコンセンサスを得て、またそれを医療保険部会のほうにもお伝えしながら、最終的には1つの基本方針という形にまとめるのが一番いいのではないかと考えておりますが、先ほど両論併記になった例もある。私は不勉強で過去の経緯については承知しておりませんでしたけれども、違う組織ですからそういうこともあり得るわけですが、望むべくは1つの基本方針という形に、最終的には資料2も含めた形で両部会でおまとめいただくことを事務局としては想定しております。

ただ、別に3回しかない議論の機会でございますので、そのほかにつきましても流れの中でいろいろと御指摘、御意見をいただくことはあるのかなと考えております。

○中川委員 わかりました。

それで委員がこれを書いてください、あれを書いてくださいと先ほどから随分多くの項目をおっしゃっていますけれども、書いてくださいと言うと書いてくれるのですか。なぜ聞くかという、委員からたくさん意見があったり、要望があって、都合のいいことだけを拾い上げて書くのか、もしくはほかの委員から反対がなければそのまま書かれるのかということが非常に気になります。その辺のところ、きょうは言いたい放題委員の皆さん言ってください。そして次から少しずつ絞っていきましようという感じですか。いかがで

すか。

○田中部会長代理 進め方について、総務課長。

○総務課長 そこは審議会の運営方法にかかわることですので、事務局でどこまでお答えしていいのかということはあると思いますけれども、いずれにしても例えば資料2につきましても、この部会でコンセンサスを得ておまとめいただくということだと思っておりますので、3回しかない議論でございますので、もし方向性等に御異論があるという場合がもしあれば、その都度項目ごとに御議論をいただくという方法もあるかと思ひますし、議論は次回というようにすることがあります。これは座長の仕切りかなと思ひますけれども、いかがでございますでしょうか。

○田中部会長代理 吉田審議官、どうぞ。

○吉田審議官 今、総務課長から申し上げた、事務局がどこまで申し上げるかという制約はあろうかと思ひますけれども、医療介護連携審議官ということで医政局も保険局も併任している、非常にこういう場においては立場のつらい者として一言申し上げますと、冒頭、邊見委員からおっしゃったように、この会議、医療部会としての御議論は医療部会としての御議論としてきちんと尊重されるべきもので、医療保険部会との間に先ほどの言葉をかりれば、上下あるいは甲乙があるわけではないと私ども事務局としては理解しております。その上でそれぞれ御議論いただいたものを最終的にはこの資料1にもございますように、中医協というところへ次に申し送り、そこにおいて物事を再度中医協は中医協としての御議論をいただくという流れになっておりますので、先ほど総務課長から申し上げたようになるべくいろいろな調整の中まとめていただきたいというのが1点。

その上で先ほど中川委員から、きょうの進め方をどうするのかという御趣旨あるいは今後この3回というように先ほど来、申しておるものについて、どのように進めることを事務局の頭にあるかということをあえて申し上げれば、やはりきょうは初回でもありますし、あくまでもこれまでの医療部会での取り組みあるいは御議論を踏まえた上での資料2のたたき台をつくらせていただいていたたり、あるいは医療保険部会の資料3につきましても、これまで医療保険部会としていろいろ御議論いただいたものを念頭に事務局として提案をさせていただいたたたき台ということでございますので、少し背負っている背景が違うかと思ひますけれども、どちらから見るかにしても、日本の医療というものを考えるべきという思いにおいては共通していると思っておりますので、きょうのところはそれぞれの委員からの御発言を私ども事務局方としては伺わせていただけるとありがたい。その上で最終的には多少、文章に落とし込んでいくときにめりはり、あるいは思いの強い弱いというものがあるかもしれませんので、それはまたそのあたり、形にした上で各委員からの御議論を賜るというのが、私ども事務局方として念頭に置いている作業スケジュールというか、イメージでございますが、それも含めてきょうここで御議論いただければ、それを踏まえて私ども対応したいと思ひます。

○中川委員 年末に予算編成で改定率が決まるわけですが、余り盛り沢山基本方針にたく

さんの御希望を書かれると收拾がつかなくなると思うのです。できるだけ総論にとどめるというような基本的なスタンスが大事なかなと思うので、私は各委員の皆様には余り個別具体的な要望をたくさん出さないほうがいいのではないかという要望をいたします。

○田中部会長代理 この点に関連して、樋口委員、どうぞ。

○樋口委員 私は素人なのできょうの議論を聞いただけの話で申し上げますけれども、2点だけ申し上げますが、資料3で医療保険部会で提示された資料がここで同じように提示されている。改定に当たっての基本認識についてというところで書いてあるのは、いずれももっともなことなのです。ほかの資料だってもっともなことしか書いていないわけですが、つまり我が国で今、問題になっているのはまず超高齢社会である。それから、ちょっとここで抜けているのは、少子高齢化という話があるから、日本の現状を考えれば小児対応の話がもう一本の柱として私は入るべきだと思いますけれども、それ以外に地域包括ケアシステムというものをとにかく推進してやっていく。これはオーバーラップもしていると思いますけれども、それで経済・財政との調和も必要だと。まことにもっともなことなので、医療部会が医療提供体制に関係する人が多いからということだとは思いますが、この資料はこの資料としてたたき台として意味があるのですけれども、2つの部会を連携するためには、この超高齢社会の問題と地域包括ケアシステムの問題と経済・財政との調和という題目のもとに医療提供体制のところ、それでできれば先ほど言ったように、私個人としては少子高齢化があるから小児、産科の問題を別に当てたほうが良いと思いますけれども、そういう表題でこれをもう一つ並べかえていただく。そうすると議論が一層かみ合うことができるかもしれないと感じました。

2つ目ですが、3の別添というものです。そうすると私などは何も知らなかったのですが、例えばこのような基本方針を立てるとというのが10年目に入った。だから今までの経験があるわけです。こうやって今、中川さんがおっしゃいましたが、いろいろ全部並べてという話はやはりなくて、特にこれでどの程度絞ったのか私には判断できませんが、それぞれの会で重点化、重点項目というものを一番上に挙げて、それぞれの年に診療改定が行われているということだけはこの表を見ればわかるわけです。

それだけの経験があるのであれば、診療報酬の改定というもので日本の医療制度をどれだけ変えられるかというのはなかなか大変なことなのではないかと思えますけれども、これを変えたから全部が変わるなんていう話はないと思えますけれども、一方では大きな影響も及ぼすわけですから、過去のこの表の中へ、これは難しい注文かもしれないので、聞き流しておいてもらえれば良いと思うのですけれども、こういうように重点項目を挙げて、こうやったのだけれども、それですごくうまくいった。すごくでなくていいのですけれども、うまくいった。ここは意外に何らの影響を及ぼさなかったというものが1例でも2例でも具体的な事例が出てくると、今回その中で失敗に学んでそこをもう一回、別の形でやってみようとか、今までの経験に照らして何か新しい重点項目というものがそちらのほうからも出てくるということはないのだろうか。本当に素人の考えですが、感じました。

2点申し上げました。

○田中部会長代理 ありがとうございます。

中川委員、樋口委員から全体のあり方について議論が提示されましたので、そちらを先に扱いましょう。個別項目に関するそれぞれの団体等の御意見は後にしまして、全体のあり方について。

○邊見委員 全体のあり方から言いますと、私も少子化が一番だと思ったのですけれども、少子化というのはなかなか診療報酬に結びつけていたら生殖医療とか、そういう個別になってしまうので、なかなかこれで難しいかなとは思っているのですけれども、きょう木戸委員が来られていますので、また後でお話を聞けるかもわかりませんが、大きなものと言えば内閣の大きな柱の地方創生。これは私、田舎の病院の代表でもありますので、地方創生というのは難しいと思うのですけれども、地方消滅防止ぐらいの重点項目があってもいいのではないかと。これは医療と教育がなければ地方は消滅していくわけです。もう限界集落。学校と医療機関がなかったら大体そこに住めなくなりますから、子どももよそへ行きますし、年寄りもよそへ行きますからなくなっていくわけです。だからやはり機能分化と連携とありますけれども、連携もできない、分化もできないような1つしかない病院を救えるようなシステム。医療資源の少ないところに対して難しい専従とか専任などを緩やかにして取れるようなというものを1回つくりましたね。数年前に。あれがほとんど取れないのです。だからもう少し医療資源の少ないところに対する目配りということを大きな基本方針のちょっとぐらいの視点にも入れていただけたらいいのではないかと思います。

○田中部会長代理 荒井委員、どうぞ。

○荒井委員 全国知事会を代表して参加させていただいておりますので、この基本方針の議論につきましては、地方行政とりわけ都道府県行政の立場から見た意見を若干、総論的に申し述べさせていただきたいと思っております。

今回の医療法の改正により、都道府県知事は地域医療構想を策定する役目を仰せつかりました。それとともに医療費適正化計画あるいは国民保険県営化という大きな3つの軸が地域の役割になってきたわけですので。その際、医療の価格が多様な地域医療の状況に適切に適用され、地域医療の向上に効果的であることを切に望むことが基本的な考え方でございます。

そのような観点から、今回の診療報酬の基本方針策定の議論にお願いしたいことがございますが、大きな点は診療報酬制度をよりアカウンタブルなものにしてほしい。診療報酬制度のアカウンタビリティーを向上させてほしい。これは患者さんだけでなく、医療機関だけではなく、保険者、国民、全部がアカウンタブルな診療報酬制度を望んでおられるわけだと思います。どのようなアカウンタビリティーが必要かという地域行政から見たアカウンタビリティーの範囲について、若干だけ申し上げさせていただきたいと思っております。

基本的な枠組みについては、この診療報酬で償うべき対象範囲のアカウンタビリティーという部分でございます。診療が全てかということ、その付属的な行為もありますし、とり

わけ今度は医療と介護の境界、介護保険は別の保険でありますので、その境界は何が医療で何が介護かというのを、境界が30年改定のときは明確な境界が求められると思いますので、その基本的な考え方をより整理していただく必要があろうかと思います。

また、付帯条件あるいは適用の範囲ということがありますが、同じ診療行為であっても大病院で行われるのか、診療所で行われるのか、在宅で行われるのかで付加的な点数がつけられているようでございますけれども、とりわけ在宅医療での価格、医療価格よりも訪問した価格というのが診療報酬かどうかという素人的な疑問もあります。しかし、訪問する必要性はありますので、それをどのように診療報酬で確保するのか。ほかの手段で確保するのかという議論が惹起されつつあるように感じますので、そのような基本的な診療報酬の適用範囲ということを改めて議論していきたいと思う。

2つ目の範囲は、診療報酬が効くところと効かないところ、同じ薬でもよく効くところと効かないところがありますが、よく効くのは医療資源の移動によく効くような感じがいたします。収益性があればどっと移動される。効き過ぎたと医療当局が思っておられる場面もあるし、思うほど効かなかったと思われるところがありますが、その限界をこの際よりよく感じて、医療の質の向上とか医療の提供体制になかなかすぐには効かないというような感じがいたしますし、需要に対してはすぐに効かない。窓口での自己負担が上がれば、あるいは下がれば頻回受診の回数とか受診先にかかわることは明確でございますが、この際、診療報酬とは何かということ、これもアカウントビリティーですから基本的なところを明確にしていきたい。それを受けて地域の医療提供体制の構築を検討していきたい。

3つ目になりますが、今の議論だと診療報酬制度の適用、活用だけでは、医療提供体制に対する効果に不十分なところがあるように見受けられますが、そうすると他の医療政策ツールの併用が必要かと思います。地域医療介護総合確保基金というものができましたが、診療報酬価格政策だけではなしに、補助金政策、規制政策、税制などポリシーミックスの分野だと思いますが、地域でのベストミックスをどのように確保するのかというのは厚労省の大きな関心だと思いますけれども、ベストミックスの確保というのは難しい。このような政策ツールを活用するとベストミックスになりますよというのは国は言えますけれども、なったよというのは地域でしかなか言えない面がありますので、この政策ツールのベストミックスの例はこれですよということを追求していきたい。

医療の診療報酬のKPIというKey Performance Indicatorsはなかなかつくれるのではありませんが、全体の医療のKPIというのはもう少しつくれる。その中で診療報酬はどのようなファクターで、どのように役目を果たしたかということ、ぜひ分析をしていただきたい。この政策ツールのミックスで例を挙げますと、例えば病院は病院バスがありますけれども、診療所はなかなかバスがないですね。昔は自転車で、今はマイカーで訪問されるのもなかなか大変。患者さんに病院へ来てもらうというときに、奈良県では病院バスとか診療所に行くバスというのは地域の必需品だと思うようにしようと思っている。これは診療報酬で

やる政策ではなしに、移動手段に係る施策とか、あるいは総務省の交付税措置などで地方行政が担うべき義務だ。病院には安い費用で行けるんだということが達成されるという国になってもそろそろいいのかなと思います。病院バスだとか、マイカー、路線バスで行かれるのも、それぞれ高齢化になられると不便な状況でありますので、その病院のアクセシビリティが重要ということになります。診療報酬でアクセシビリティを確保するのはなかなか遠い目標であるように思います。それは地域でこのような手段で確保していく。厚労省でなくても総務省とか国交省と話をさせていただいて、そのときに地域から提言して、それぞれの省に要求するということもできると思います。医療部会でそのようなことをすべきだと言っていたら元気が出る。診療報酬の議論でありますけれども、他の政策ツールのベストミックスも追求しろよという議論が出てありがたいかなと思います。

最後になりますが、医療提供体制の構築の課題で診療報酬自身に対する意見は、地方が言うツールは多少あるのですけれども、そのような能力もありませんし、なかなか言う機会もないわけですが、そのような地域医療提供体制に格闘している中で診療報酬はこういう点で効き過ぎたとか、余り効かなかったといった類いの所見が出せる面があるかと思う。そのような所見を国のほうで受け取っていただくようなガイドラインとかプロトコルがあったらいいのではないかと思いますので、ほかの知事さんとか知事会にもそのような意見も含めて、ベストミックス追求の地域医療行政のいろいろな例、サンプルケースを出していくようになって、国の行政と診療報酬、国で決められる公定価格の行政といいようにミックスすれば、医療の質が地域地域で向上すると切に望むものでございます。

以上でございます。

○田中部会長代理 吉田審議官に少し解説というか答えていただきたいのですが、今の政策ツールとしての総合確保基金あるいは医療法等との関係を具体的にどうするという意味ではなくて、全体の政策ミックスとして持っていらっしゃるかということと、この3回のシリーズで我々が扱う、特に診療報酬に関わることではここに絞り込んでほしいとか、少し交通整理をしていただけますか。

○吉田審議官 医療介護連携担当審議官です。御指名です。

今回、私どもこのような形で御議論いただく大きな流れとしては、地域包括ケアというものを地域でどう進めるか。そうすると、この医療部会でも追求していただいている医療機能の分化、強化、そして連携というものをどう進めるかというものを追求する際の手法として、今、荒井知事が御整理いただきましたように、ある人の言い方によれば診療報酬一本足打法から基金のような形、あるいはまちづくりというより広い分野も入れてつくってこうという流れであることは改めて申し上げるまでもなく、この場における共通事項かと思えます。

あえて座長代理の御指摘で言えば、診療報酬というのはどうしても全国一律価格になりますし、個々の医療行為に対してプロバイダーの方々に対しての評価という形になりますので、今、知事がおっしゃっていただいたように、受療行動にそれがどのように影響を及

ばし得るかということについては一定の制約もありましょう。また、昨今の地域包括ケアという形で進めようと思えば、改めて申し上げるまでもなく、この部会からも生み出していただいた地域医療構想あるいはそれのもとになります病床機能報告というもので見える化しながら、地域の中で進める際には人づくりですとかICTですとか、あるいはお互いの連携強化というものを進めて、それはなかなか診療報酬では無理だと私どもが申し上げ切るわけにはいきませんが、やはり制約があるとすれば、今、知事がおっしゃっていただいたような基金というツールもあるだろうというのが今、医療政策を進める際の大きな流れ。かてて加えれば今、代理からおっしゃっていただいたような規制手法もあるのかと思いますが、まずは民間医療を中心に、そして地域の自治体の病院もそれぞれの役割を果たしていただいている中で進める、政策のまさにポリシーミックスだと思っています。

今回御議論いただくのは、その中でもまずはこの後、参考資料でその後の動きについて御報告する資料もございますけれども、診療報酬という局面において何をするかということをお議論いただきますので、今、荒井知事から視点広く、全体を広げていただいたものを踏まえながら、まずは報酬政策の中で今日お示ししている2なり3なりのたたき台などで議論を深めていただいて、次期改定に向けて中医協につないでいただけるとありがたいと事務局としては思っております。

○西澤委員 今、荒井委員が言ったことは本当に全部もつともだなと思います。このような議論はどこか政府のトップあたりですることなのですが、なかなか我々提供側とか現場を入れての場がないと思っています。この医療部会がふさわしいか、ほかの部会がふさわしいかわかりませんが、そういう議論をする場合はぜひつくっていただいて、かつ、もっと時間をかけてやってほしい。この医療部会にしても、その一部は議論する場だと思いますが、残念ながらこの1、2年を見ても何回開かれたか、何を議論したかということかなり不満があります。今回も診療報酬改定があるから、その方針を決めろと言われ集まっても、その前段階の議論の積み重ねがないまま、急にここでやってもどうなのかという意味では荒井委員の言うとおりでと思います。ぜひ今後考えていただければと思います。

今回、時間が迫っていますので、次期診療報酬改定の基本方針ですが、たたき台の資料の論点は大項目としてはこれでいいのかなという気がしています。あとはこれをどのように中項目、小項目に分けていくかだと思います。

この場は医療部会ですから、私たちがどういうスタンスで物を言うか。やはり我々提供側は質の高い安全な医療を国民に提供するのが使命であり、そういう提供体制をつくるということだと思います。そのような提供体制をつくるために診療報酬がどのような寄与をするか。そういう観点で議論すべきだと思います。

そうすると、今回の議論は大体いいのですが、2番目の4つの中の医療従事者の確保と書いてありますが、実は今、医療従事者は本当にいません。これはいろいろな理由があります。しかしながら、検討項目はチーム医療の推進と勤務環境の改善だけです。この医療従事者の確保というところは大きな柱として今回は入れていただきたい。もしかしたらこ

これは重点項目として別に、書き込む必要があると思います。実は東京でも医療従事者がいない。要するに景気がよくなってほかの仕事に行っていない。一方、地方からはどんどん都会のほうに医療従事者が出ていきます。このことは診療報酬でどこまでできるかわかりませんが、1つの大きな柱としていただきたいと思います。

また、あとは質のほうですが、次の3番目にありますが、今回、医療法改定で19の法律が通りました。診療報酬で誘導してはいけないのですが、バックアップする必要があると思います。ここに書いてある医療管理体制の向上などはその1つ。それ以外にもあると思います。そのあたりをもう少し項目を拾い出していただければと思います。

以上です。

○田中部会長代理 渡邊委員、どうぞ。

○渡邊委員 いろいろ議論があると思いますが、少子高齢化が進む中で、医療提供体制改革を行うために診療報酬改定という手段を使って対応することは、1つの大きな視点であろうと思っております。歯科としましては2点についての御検討をお願いしたいと思っております。

1点目は地域包括ケアシステムを推進する上で、引き続き在宅歯科医療の充実をお願いしたいと思っております。御存じのように歯科はほとんどが外来で提供されておるわけでございます。医科の疾患があった場合、入院等をされますとこれまで通院されていた患者さんの情報が入らないということが起こります。かかりつけ歯科医としての関係が途切れてしまうということが大きな課題となっております。

歯科を持つ病院は全国に約2割と少なく、ほとんどの病院が歯科を併設していないということがあるわけですが、地域の歯科診療所を活用できるように歯科のない病院と連携がうまくとれ、訪問歯科診療が効果的に提供できる仕組みを検討していただきたいと思います。

例えば医師会を中心として作成を進めてきたかかりつけ連携手帳には、歯科医師会あるいは薬剤師会も共同でかかわらせていただいております。これらが職種横断的に活用されることにより、患者さんがより安心して療養ができるということと、形骸的という言葉も先ほどありましたが、かかりつけ歯科医としての機能を発揮できるための評価をしていただきたいと思います。

2点目といたしましては、勤務医の方の負担軽減の観点から、平成24年度、平成26年度と歯科診療報酬で周術期に関する口腔機能管理や医科歯科連携の評価が行われたわけでございます。周術期にかかわらず、歯周病と糖尿病との関係など、歯科および口腔と全身との関係が近年明らかになってきております。こういう視点は結果的には患者さん、そして医科あるいは歯科の医療機関双方にとって有意義であろうと思っております。こういう流れを次期改定においても踏襲をしていただければということで発言させていただきました。

以上でございます。

○阿部委員 総論として、医療部会と医療保険部会はどちらが格上とか、開催が先とか後

ではなくて、それぞれの役割を果たしていけばいいと思うのです。特に医療保険部会であれば資料3の中の1枚目の下であります、経済・財政との調和は極めて重要なことであるため、しっかり議論していただければと思います。

その上で、こちらのほうの医療部会の課題、資料2でございますが、たたき台として大体中身としてはよくわかるものでございます。特に病床機能の分化・連携というのが一番大事であります、参考資料2の4ページについて質問させていただきます。7対1病床の数の動向でございますが、確かに全体の数は減っているわけではあります、直近で見て半年余りで7,700の減少に加えて5,300の増加がありました、なぜ増えたのでしょうか。何か今おわかりであれば教えていただきたいというのが1点目です。

それから、病床機能の分化・連携が進むと、例えば医療従事者の確保の中のワーキング環境の改善みたいなところに何か望ましい影響があるのでしょうか。今、お考えがあればお聞かせ願いたいと思います。

○田中部会長代理 では2点の質問、どなたが答えになりますか。

○医療課長 保険局の医療課長でございます。

まず1点目の御質問ですけれども、この増えた部分のところがどういう理由でというか、どういう形で増えているかというところまでは把握しておりません。基本的には施設基準に合致すれば医療機関さんが申請してきて、問題がなければそのまま届けられて進むということですので、それ以上のことはこちらのほうではわからないと考えております。

2点目の御質問は、機能分化が進んでいく中で従事者の方の確保とか勤務環境の改善に資する部分もあると思いますし、それとは別にしっかり考えていかなければいけない部分があるのだらうなと思って、中医協の事務局をさせていただいております。

以上です。

○田中部会長代理 山崎委員、どうぞ。

○山崎委員 今回の柱は4本あるわけですが、救急を含めて、今回、地域医療構想で病床を機能分化させるという方向性があります。私の病院は一般救急と精神の救急と両方やっているのですが、搬送されてくる、救急の患者さんと終末期の救急の患者さんが中心です。終末期の救急の患者さんも自宅で急変すれば、救急車を呼ぶわけですから救急で病院に搬送されるわけです。一方で地域包括といって在宅、老健、特養を含めた在宅系の施設で診ていこうという動きがある一方で、患者さんは救急車で病院に搬送されるというのが現状です。その患者さんの中には先ほどお話したように元気だった人が急変したのと、終末期の患者さんを施設対応していたところで、患者さんが急変しても施設看取りではなく、救急搬送されています。

問題点は、そういう在宅系の施設で亡くなったときに死亡診断書を誰が書くのかということで、結局、施設は病院に搬送して病院で心肺停止で亡くなれば、診察した先生に死亡診断書を書いて貰うというのが一般的になっているのですが、一方で病院のベッドを少なくして在宅、地域包括といった流れの中で高齢者がこれから増えるわけです。その地域で

増えた高齢者を救急車で病院に搬送していたら、病院の急性期病床を削減すると終末期患者の看取りの場が無くなってしまいます。したがって、今回の検討事項に地域の看取りをどうするかという項目をきちんと入れてほしいというのが1点です。

もう一つは、後発医薬品の使用促進については、何回か診療報酬改定の度に出ています。後発医薬品と言っても、1つのメーカーの薬について、30社も40社もあるわけですが、そうすると、本当に30社とか40社のメーカーが発売している薬が同等の効果を持っているのか検証されているのですかというのが1点。

もう一つは、外国の場合は後発医薬品というと大体メーカー価格の15%とか20%なので、それが日本の場合というのは大体6割を中心に値段を保証しているというところがすごくおかしい。これは今年全米医薬協会の会長がちょうど来日して話をしていた時に、彼の会社の鼻炎の薬は3ドルだったのですが、特許切れのジェネリックが発売された途端に10セントになってしまったという話でした。これは極端な例なのでしょうけれども、そのようにジェネリックはその6割の価格を国が保証しなければならないほどの値段なのかというのと、それともう一つ、ジェネリックの原料の半分以上を、外国から輸入しているのだそうです。したがって、そのジェネリックの原料を高く買わされてしまっていて、それでジェネリックを6割で買わなければならないような構造になっているのかということとか、使用促進を政策的に運用する前に、そういうジェネリックについての不透明な部分をきちんと整理しないと、我々は使いにくいと思います。

○田中部会長代理 相澤委員、どうぞ。

○相澤委員 まず1つなのですが、資料3の改定に当たっての基本認識なのですが、先ほどいろいろな意見がございましたが、私は今この医療提供体制を変えなければいけないというのは人口減少の問題がすごく大きいと思うのです。それにもかかわらず、超高齢社会だけに対応してもいいのか。ただ、人口減少が地域によってかなり格差がある。これがすごい問題で、これに対しての医療提供体制をつくっていくかというのが地域によって違うんだということに私はなってくるのだらうと思っていて、その視点がないと何かとんでもない画一的な変な診療報酬になっていくのではないかというのを心配しています。

それから、改定に当たっての基本認識の②なのですが、どんなところでもそうなのですが、「地域包括ケアシステムと」と「効率的で質の高い医療提供体制」の2つが書かれています。地域包括ケアと効率的で質の高い医療提供体制は別物になっていて、本当は地域包括ケアはほとんど在宅、時に入院ということをやっていくためには、効率的で質の高い医療提供体制と地域包括ケアシステムというのは、合体しているような形でつくっていかなければいけなくて、それが多分総合確保方針なのにもかかわらず、地域包括ケアシステムはこっち、効率的な医療提供体制はこっちということで今、議論されていて、それで診療報酬をつくっていくと何かとんでもない失敗をするのではないかという心配をしております。

そして資料2についてなのですが、これも病床機能の分化・連携と書いてあるのですが、

いろいろなところで問題になるのは、本当に病床機能の分化なのか、病棟の機能の分化か、それとも病院の機能分化か、よくわからないのです。こんなことを言うと申しわけありませんが、それが厚労省の工合によって上手に分けられているために、今、病院界は非常に混乱しています。病床なのか、病棟なのか、病院なのか、よくわかりません。そこを明確にしていけないといけないと思っています。

その点におきまして、診療報酬は病院全体で1つの入院基本料となっているのですが、本当にそれでいいのか。病棟群の考え方を入れたほうがいいのではないか、あるいはそうではなくて病床ごとだったら、病床の機能というものをどう評価して、その上で病棟をどう評価していくのかという、この病床なのか病院なのか病棟なのか、少しここを明確にしないと今、非常に混乱して病院界は大変な不安に陥っているということだけは申し上げておきたいなというぐあいに思います。

そして、そういうことをある程度解消するためにも、単に診療報酬はこうだというのはなくて、こういう連携をやっていて機能分化をしているいい例がありますよという、そういうものを示してあげないと、不安感で日本の病院界は崩壊するのではないかと、すごい危機感を持っていますので、よろしくお願いをしたい。

もう一つは、在宅医療、地域包括ケアシステムで、私はここに書いてあるようにかかりつけ医というのは非常に重要だと思っています。ゲートキーパーとしてかかりつけ医がどこの病院に紹介するか、あるいは退院後、かかりつけ医の方がどう診ていくかということは非常に重要なのですが、その仕組みは以前は一生懸命診療報酬で手当をしようとしていたのですが、何か前回の改定から急にそこがぽつんとどこかに消えてしまっているような気がして、地域包括ケアシステムを進めていくためには、先ほど言いましたように病院とかかりつけ医の連携というのが非常に重要だと思っていますので、お願いをしたい。

それから、3番目のICT化と簡単に書いてありますけれども、病院はICT化するのはすごい大変です。1つのシステムを買いと下手をすると十数億かかるのです。それを一体誰が補填してくれるのか。病院は自分たちで一生懸命に収益を上げて、それを補填するのですが、また7、8年すると買い換えということが起こりまして、非常に大変な負担になっているということを御理解賜ればありがたいなというぐあいに思います。

そして先ほどありました勤務環境の改善と書いてありますけれども、勤務環境を改善したくても人がいないとどうしようもないのです。改善したって何の効果もありません。人をつくってほしい。計画的につくる必要があると思いますが、人口減少の中でどうしていくかというのは非常に大きな問題で、その視点も入れた診療報酬のつくりというのが必要ではないかというぐあいに思っています。

あと一つだけ申し上げるとすると、診療報酬は微に入り細に入り細かくどんどんなっていくます。毎年細くなっています。これで病院の事務職員は疲弊をしております。ぜひ簡素化をしていただきたい。この細かな基準をとるために病院は物すごい大変なことをやっているのです。職員を研修に出して、その間、いない間もみんなで補填して、せっか

く帰ってきたと思ったらやめてしまうということは各病院で起こっているのです。ですから本当にこれで日本の医療は安全で質が高くなるのかということをごひ考えていただきたいと思ひますし、質の高い医療人がいなければ医療の質は高くなるわけですから、ぜひそこのところは一考をしていただければと思ひます。

以上です。

○田中部会長代理 本多委員、どうぞ。

○本多委員 まず、資料2のたたき台の関連で、病床機能の分化・連携で言えば、地域の実情に応じた病床転換、2つ目の在宅医療・地域包括ケアシステムの推進で言えば、在宅医療の拠点整備や多職種連携の支援、3つ目の医療分野におけるICT化の推進で言えば、地域の医療機関の間のネットワークの整備など、地域の実情に応じて実施する施策については、基金を有効に活用すべきと思ひますが、改めて診療報酬で評価するのか基金でやるのかという、その辺の関係性について御説明いただければと思ひます。

あわせて、病床機能の分化・連携や在宅医療・地域包括ケアシステムの推進は、前回の重点事項にも掲げられておりましたが、毎年毎年変えていくということではなくて、それぞれ始まったばかりですので、こうした重点項目については引き続きやっていただきたい。これは意見でございます。

それから、今、相澤委員からもございましたけれども、診療報酬体系の複雑さは、患者側から見ても全く同感です。病床機能報告制度ができて、病床の機能を4つの医療機能にしていくということでございますので、将来的には4つの医療機能に合わせた診療報酬にいただければという思ひです。

それから、資料2たたき台にある後発医薬品の使用促進や一番下にある医薬品等のインベションの推進等は、医療提供改革の推進と何か違和感がありますが、ここの中に含まれている思ひがあれば、それも聞かせていただきたいと思ひます。

以上です。

○田中部会長代理 質問が2点ございましたが、お願いいたします。

○総務課長 2点御質問をいただきまして、資料の御紹介ができていなかったのですけれども、参考資料3-1の医療介護総合確保推進法の施行状況の10ページをごらんいただければと思ひます。これは事務局の資料でございますので、事務局の頭の整理として聞いていただければと思ひますけれども、地域医療構想の実現に向けました今後の対応についてということとまとめております。今後、地域医療構想を各地域でつくっていただきますけれども、地域ごとに必要となる例えば施設、設備といったものにつきましては、時と場合によっては補助が必要ということが当然考えられるわけでございますので、そうしたものにつきましては、この基金を御活用いただくということでございます。

それと並びまして、適切な診療報酬の設定が必要。適切がどういうことが適切なのかということをごまにこの部会あるいは最終的には中医協で御議論いただくということではないかと思ひているということでございます。

2つ目でございますけれども、後発医薬品の使用促進でございますとか、イノベーションの推進ということでございますが、質の高い医療を効率的に提供していくということでございますので、確かに体制という意味からは少し違和感はあるのかもしれませんが、重要なそういった要素の中で効率的に医薬品が使用促進されるということ、さらにはより効果の高い医薬品というものが革新的な医薬品、医療機器が産出される。これも大変重要な要素ということでございますので、そういった視点から、このたたき台の中には盛り込ませていただいているというのが事務局の考え方でございます。

○田中部会長代理 日薬の安部委員、お願いします。

○安部委員 私からは後発医薬品の使用促進について、まず話をさせていただきたいと思っております。

過去の基本方針を見てもずっと後発医薬品の使用促進というのは継続的にテーマとして載っているわけでありまして、今回の資料2を見ても、政府の方針として新たな後発医薬品の目標数値というものが示されているわけでありまして。

薬局の薬剤師は後発医薬品を備蓄したり、情報提供し説明をし、患者さんが安心して後発医薬品を使用できるように環境整備をしてまいりました。後発医薬品の使用状況調査等でも薬剤師説明が有効であるということは示されております。

ただ、その立場から今回の目標数値を見ると、今の時点で、後発医薬品を使用可能な状況にあるものを全部後発品に仮にしたとして、この数値が達成できるかどうかというのは微妙というか、なかなか難しいのではないかと考えております。例えとして良いかどうかわかりませんが、走り高跳びに例えてみれば、薬局薬剤師が毎日1センチずつ、少しずつバーを上げて、毎回新記録には挑戦しているわけでありまして、だんだん目標が上がってくるとバーの高さと天井の高さがほとんど一致しているような状況になりますと、それ以上高く飛べといてもなかなか飛べないということになります。そういった意味では資料3に後発医薬品の使用促進、価格適正化、長期収載品の評価の仕組みというような方向の例が示されておりますけれども、これに関しましてはさらなる目標を達成できるような環境整備、先ほど山崎委員もおっしゃっていましたが、さまざまな問題がありますので、当然薬局・薬剤師はこれまでどおり努力は継続いたしますけれども、その環境整備をきちんとさせていただきたいということを、この資料3にももう少し明確に書いていただければと思っております。

もう一点、資料3にかかりつけ薬剤師・薬局ということを載せていただきました。これは大変ありがたいと思っております。先ほど山口委員からも患者さんに選択される、患者さんが選ぶということが非常に重要だという御発言がありました。そのとおりだと考えております。そういった意味では新たな地域包括ケアシステムでありますとか、地域完結型医療の中で薬局・薬剤師がどのように活動していくか。その結果、患者さんから選ばれるような薬局・薬剤師になるにはどうするかということが非常に重要かと認識しております。

日本薬剤師会では、新たな地域包括ケアの中でのかかりつけ薬剤師、そしてかかりつけ

薬局について一定の整理をいたしました。簡単に御紹介いたします。かかりつけ薬剤師については、「患者が使用する医薬品について一元的かつ継続的に薬学的管理指導を担い、医薬品、薬物治療、健康等に関する多様な相談に対応できる資質を有するとともに、地域に密着し、地域の住民から信頼される薬剤師」というようにしております。かかりつけ薬局に関しては、「地域に必要な医薬品等の供給体制を確保し、その施設に従事するかかりつけ薬剤師が、患者の使用する医薬品の一元的かつ継続的な薬学管理、指導を行っている薬局」というように整理しております。現在、5万数千件の薬局がございます。この薬局インフラを利用しつつ、かかりつけ医療と地域の多職種連携とを強化することによって、医薬品の適正使用の支援、それから、後発医薬品の使用促進、在宅医療の取り組みというミッションに対して取り組んでいきたいと考えております。

私からは以上であります。

○田中部会長代理 楠岡委員、どうぞ。

○楠岡委員 医療分野におけるICT化の推進の点なのでありますけれども、これを進めることは極めて重要であることは明らかですが、今、そのセキュリティーがかなり大きな問題になってきているかと思えます。この点におきまして従来の電子カルテ等に関するハッキング等は既に対応済みですが、昨今のサイバー攻撃のようなものに関しては、全く無力に近いような状況であって、それに対するセキュリティーを確保しない限りは、患者さんたちがデータを提供したくないと言い出す可能性は十分にあるので、ここをしっかりと押さえる必要がある。ただ、その費用が膨大で、システム本体よりもセキュリティー確保のほうにお金がかかるという事態になってきています。その費用をどう手当するか。これは診療報酬で手当するのか、それ以外で手当するのかの検討が必要ですが、そこを考慮しておかないとICT推進のすごいブレーキになる可能性があると思うので、ぜひこの点は御検討いただきたいと思えます。

○田中部会長代理 阿真委員、手を挙げていらっしゃいますね。

○阿真委員 私は医療者ではなくて、医療者から親へ子供の病気を伝える活動をしている一般の親です。

先ほど審議官から重点課題についてお話しただいて、少しそこからずれてしまうかなというところではあるのですが、一般の者として危惧しているところを2点お伝えしたいと思います。

まず1つは、先ほど少子化の話をしてくださった先生はいらっしゃらなくなりましたが、小児の在宅医療の問題です。日本の周産期は非常に世界一の安全性があると思うのですが、その中でやっと助かった命、その後、長く続く医療だったり、看病する方が先に亡くなってしまいうようなことも多く起きていて、ケアマネさんも小児の在宅についてはいけませんので、どこに行ったらいいか、どうしたらいいかわからないといった声が多く届いています。その中で資料2の在宅医療・地域包括ケアシステムの推進、この中にもしかしたら小児のことも含まれているかもしれないのですが、ここを見る限り

小児のことが含まれているかどうかということがはっきりとわからないことと、裏面の小児医療の充実のところにも救急医療、救命救急センターなどについては、さらなる充実が必要ということは見られ、それももちろん必要なことではあるのですが、こちらの面でも小児の在宅について充実していくことが必要だということが読み取れないので、そこが危惧しているところです。

もう一つは、先ほど最初にピンクの冊子が配られましたので、この後、御発言があるかもしれないのですが、私も周産期の医療体制のあり方の委員をしております、その点で非常に危惧している点についてお伝えしたいと思います。

今、若手の産科の先生が6割以上女性で、周産期医療センターは40歳代までの若手から中堅の産科医がほとんどだというように検討会で挙がっていました。4割以上が女性で、出産や育児をしている間はお産をとるのが非常に難しいと思います。ですので、女性の医師が働きやすい環境の整備が急務であると思います。母にとっても、また、お子さんにとっても無理のない夜勤の数ですとか、そういったことを考えると、子育て中の10年間ぐらいの間は2人で1人とか、3人で1人ぐらいの勤務体制がやっとではないかと思いません。既に病院ごとにこういった体制をとられているところもありますけれども、それに非常に熱心な病院もありますけれども、病院だけに任せているのでは立ち行かないですし、集約化だけでは立ち行かないのではないかと。女性医師の働きやすい環境の整備というものを加えていただきたいと思います。

以上です。

○田中部会長代理 関連しそうですから、木戸委員、どうぞ。

○木戸委員 御意見いただいてありがとうございました。

この医療提供体制で非常に問題なのが、地域偏在と診療科の偏在、もう一つが時間による偏在という視点があると思います。当院のようなところでも夜間と日中では大体10分の1ぐらいのマンパワーに減ってしまいますので、救急車を受けると言われてもどんどん全部は受けることはできません。夜間・休日医療をさらに充実させて、そこに従事者を配置できるような十分な報酬あるいは安全体制が必要です。リスクがあったときに十分サポートできる体制、医療安全なども充実させ、翌日残ってずっと患者さんを診て、夜遅くまで40時間以上長く勤務するということができるだけないように、チームで診療するという事です。そういった視点がこのたたき台に盛り込まれているので、私はこのたたき台に賛成しますけれども、そういった夜間・休日医療の充実ということは強く訴えたいと思います。

○田中部会長代理 花井委員、お願いします。

○花井委員 資料2のたたき台のところですが、おおむねこの柱でいいのかなと思いつつ、幾つか意見を述べたいと思います。

資料3とも関係してきて、最終的にどういう姿になるのかわからないのですが、基本方向という中に、超高齢社会というのは一体どういう医療の状態なのかという意味で、例え

ば疾病構造の変化とか、多死社会になるということがよく言われます。亡くなる方がふえてくる。救急も含めて在宅も終末も含めて入ってくるかと思うのですが、そういう社会を想像してどうしていくのかということ意識できるような文言が必要ではないだろうかということが1つです。

それから、地域包括ケアシステムを2025年に構築するというのは、ある程度大きな合意としてみんな今そこを目指しているのだと思うのですが、そこに向けてもう一つ、2018年というのが私は1つの大きなポイントではないかと思っております1つはなぜかといいますと、診療報酬と介護報酬の同時改定が行われるということと、医療計画と介護保険事業支援計画がそこから同じ6年間という期間を同一にスタートします。2018年から2025年に向けた7年間は、地域包括ケアシステムの仕上げ段階に入るのかなという感じもしているのですが、そのことをもう少し切れ目のない医療介護の提供体制と書いていますが、そういうことも少し加えておいたほうがいいのではないかと思います。

それから、病床機能の分化・連携が資料2にあります、これも私も医療機関の機能分化・連携強化という言い方をしてきたと思いますが、まだまだ道半ばということで、そこは重点課題として掲げておくことには賛成したいと思います。

勤務環境の改善についてですが、当然、私は労働組合ですので、そこで働く看護師さんあるいは勤務医の先生たちも含めて長時間労働を是正する必要があると考えておりますので、確保というのは非常に大切だと思っております。今この産業も人手不足で大変困っておりまして、若手の争奪戦に入っているという言い方をする先生もいらっしゃる中で、どのように人材を確保していくのか。ましてや医療というのは非常に専門性の高い職種ですので、そこはとても重要だと思います。

なぜ確保できないのかという詳細な要因分析によって、対する政策課題も違ってくると思いますので、これも重点課題として掲げて詳細な検証を行って、きちんとした対応を立てていくという意味で重点課題として上げていく必要があると思います。そのことが国民にとっていいことにつながるからです。

資料2の次のページに医療安全管理体制の向上とありまして、どうもこれ全体を見ると患者の視点からのことが少ないのではないかと印象があります。この医療保険部会で示された文章の中には、患者にとって安心・安全で納得できる効率的で質の高い医療を実現する視点と入っております。この医療安全管理体制の向上のところに「質の高い」という言葉が入っておりますが、もう少し広げて患者の視点から見た医療の安全ですとか安心という項目があってもいいのではないかと思います。

その中に病床機能報告制度でも問題になりましたが、患者や国民がどうやってその情報を知るのか、あるいはどのようにわかりやすい情報提供をするのかという課題があったかと思っております。そういう意味で患者、国民がわかりやすい情報をどのように発信していくのかとか、そういう視点が必要だろうと思っておりますので、ここの項目の書き方というのは、もう少し患者の視点というのが出されていてもいいのではないかと思います。

とりあえず以上です。

○田中部会長代理 荒井委員、加納委員の順でお願いいたします。

○荒井委員 2回目の発言で申しわけございません。

先ほど医療従事者が頑張っておられるということをおっしゃいましたが、そのとおりだと思います。地域医療で頑張っておられる方のおられるということで、この診療報酬が頑張っている医療従事者に勇気が出るようなメッセージ性を入れてほしい。その際に政策転換を図るメッセージが強いのですけれども、医療サービスに持続性があるのは相償性というか、まともにやっていたら費用が償われるんだということがこの価格の大基本だと思うのですけれども、何をやっても生き残れるんだというものと少し違うと思うのですが、医療従事者にとってこれだけやってもしんどいなという声が上がっていることは確かですので、その点を基本論でありますけれども、メッセージの基本に考え、先ほど御発言がありましたので申し述べさせていただきたいと思います。

それと今次の議論は診療報酬のあり方でございますので、細かいことにはなりますが、資料のつくり方ということになります。参考資料2が医療保険部会に出た資料ですけれども、診療報酬の改定が効いたか効かないか全くわからないですね。中医協では出されるのですか。この診療報酬を改定したときに、医療部会としてもこのように効きましたよ、効き過ぎましたよ、効きませんでしたよというものを示してほしいですね。それをもう少し見ると、効く、効かないという判断が、診療報酬の改定が効く分野と効かない分野があるということをもっと少し明示できるのではないかとというのが1つあります。

逆にこの資料3-1には診療報酬で扱えないようなことも出ています。例えば参考資料3-1の10ページでは医学部入学定員等について検討していく。これは診療報酬の議論ではないのですけれども、一緒になると診療報酬でも議論するのかというような感じになります。これは診療報酬でなかなかできない範囲だと思いますので、診療報酬でどうするのかという議論に我々集中させていただきたいというように希望いたしますが、先ほどICTはどうするのか、診療報酬はどうするのかという議論がありましたが、基本的に診療報酬でなかなかできないことのように思いますが、院内ICTは診療報酬で多少カバーできますけれども、地域のICTについては診療報酬外あるいは基金なりほかの補助金でしなければいけない。県では県単でも地域ICT化を進めようかと思いますが、病院の中のICT化までなかなか手が出ない。そのすみ分けをどうするかということも明確に出して、何をするためにこのツールは、使うんだ、使わないんだということを資料上、明確にさせていただきますと、診療報酬の議論がもう一つめりはりがきくのではないかと思います。

余計なことで申しわけございません。

○田中部会長代理 ごもったもな御指摘ですね。

加納委員、どうぞ。

○加納委員 私も2回目なので、資料2次ページ上段「質の高い医療の効率的な提供」に救急医療と小児医療及び周産期の充実という形で書かれている小児救命救急センター、ま

た、周産期母子医療センター等の整備の充実はよくわかるのですが、救命救急センターに至っては最初の制度設計では人口100万人に1カ所という形で120カ所作るということだったと思いますが、今その倍以上できているかなと思うのです。その結果、救急医が足りない、また、先ほどの菊池委員からの話ではないですけれども、看護師さんが足りない。ただし、本当にそこまで必要なのかということの検証が必要な段階に入っているのではないかと思います。そういう面では、整備のさらなる充実というのはどうかなというところは1つクエスチョンが出てくるころかなと思っております。

救命救急センターですと診療報酬でしっかりとした点数がついています。十数万円、1日の評価がついていますので、非常に大きな金額の動くところですから、あり方の考えていただいた上での提供体制の充実ということだと思います。先ほどの話ではありませんが、やはり地域包括ケアであるべき高齢者救急のあり方を考えますと、二次救のあり方をしっかりと評価していただきたい。その点でこの明記が少しおかしいのではないかと思います。そこは1点お願いしたい。

もう一点は、ここに記載されていないのですが、我々現場で異様に感じていました例の院外調剤の話なのですが、院外調剤、院内調剤の件に関しましても患者さん、高齢者の方のあり方を考えると、院内調剤も1つのあり方かなと思います。それと技術系薬剤師さんの充実という面で院外調剤の見直しもいろいろな面で、その診療報酬を含めた改定的な査定が要るのではないかと思いますので、そういった形の効率的な提供体制の中には明記すべきことではないかと思っております。

もう一点、最後にですが、ICTに関しましてはこれからの地域包括ケアで1つ大事なものは、先ほど荒井委員がおっしゃっていただいたように、ローカルな地域包括ケアのシステムの中でのクラウドの1つとしての提供体制とか、そのようなものが非常に大事になってくるかと思えます。これは荒井委員がおっしゃっていただいたように、基金なのかということも考えていただいて、それが最終的には先ほどの地域包括ケアにおける二次救急のところにも利便性として出てきますし、非常に大事な役割になってくるのではないかと思います。

○田中部会長代理 釜菴委員、お願いします。

○釜菴委員 当医療部会は診療報酬の改定に向けて医療提供体制の改革について全体に議論をする場ということではありますが、直接診療報酬に結びつかない部分も当然議論をしなければならないと思います。その中で地域の医療が適切に患者さんに利用されるためには、患者側、患者さん御家族がどういう医療あるいは介護の体制を望むか、患者さん御家族にしっかり認識をしていただくことがぜひ必要でありまして、地域包括ケアの大変有名な図のお皿の部分ですね。本人、家族の選択と心構えという部分を皆さんでもう一度しっかり思い起こしていただきたいと思うわけです。先ほど山崎委員も言われたように、終末期で非常に具合が悪くなった方をみんな救急搬送しなければいけないというのはとても無理な話でありまして、そのあたりはそれぞれの地域において医療資源は有限で、決して無限で

はありませんので、この地域ではこういう医療資源があつて、このように使わなければならないということについて地域のコンセンサスを得る努力がぜひ必要で、これは診療報酬に直接つながらないですけれども、その部分は非常に大事だと思います。

きょうは荒井知事さんと遠藤町長さんお越しですが、そういう行政から住民に対する情報提供という働きかけをぜひお願いして、そして、その中でその地域にある医療資源がなるべく有効に、適切に使われるように住民の協力を得なければいけないと思いますので、一言発言をさせていただきました。

○田中部会長代理 遠藤委員、どうぞ。

○遠藤委員 きょうの課題は診療報酬だけありますけれども、実は間もなくマイナンバー制度が始まる。こういうところへつながっていくということは認識をした上で進めないと、物事ができなくなる。非効率的なことがあったら、どのようにして直していくか。例えば患者がお医者さんに行って薬をいただく。ところがB病院に行ったらまた同じような薬が出ている。患者が選んでいるとは言いながら、1つのところだけ行けばいいというものではなくなっている。そうするとナンバリングをしてこの患者さんが既にこの薬は出していますよというのが把握できれば、ダブる必要はない。こういうものをどこで止められるのかという議題は残念ながら何もここでは出てきていません。自分たちの仕事の中で、これは報酬は欲しいです。もちろんあげるべきだと思います。でも、どこかでそれを詰められるべきもの、国民全体の金をどう使うかの問題でありますから、報酬を上げるという中でどれだけの裏づけが必要になってくるのか。どうか1つの議論の中に入れてほしいなと思っております。

それから、先ほど荒井委員からおっしゃられましたけれども、やはり地域の報酬単価が一律というのはおかしいというのは、委員の先生方みんな理解をしていらっしゃる。だとすれば、どのような形で報酬が決められるか、この辺なども地域によって変わるとすれば、そういうところを明確に出していただきたい。このようなことを申し添えておきたいと思えます。

○田中部会長代理 ありがとうございます。

中川委員、お願いします。

○中川委員 まだ時間がありそうなので、資料2が医療部会の基本方針の基本的な骨格になるわけですね。その理解でいいですね。その上で申し上げますが、これをぱっと見ると調剤医療費についての言及が全くない。これは問題だなと思います。ぜひそれを書き加えていただきたいと思えます。

その理由は、ここ数回の診療報酬改定の結果を見ても、検証を見ても、調剤医療費の伸びが突出しているのです。医科、歯科、調剤という配分比率以上に伸びているのではないかという感が否めません。ぜひ調剤医療費の、特に調剤技術料に関してもしっかりと議論をして、改定の論点の主たる論点にしていただきたいなと思えます。

それから、この資料2の一番最初の病床機能の分化・連携のところ、2つ目のポツの

ところで、地域ごとに病床を医療ニーズの内容にとありますが、地域医療構想に沿って4つの医療機能をバランスのとれた形で確保する必要と書いてあります。私どもはかねてから地域医療構想と診療報酬はリンクすべきではないと言ってきました。その理由は構想区域ごとに地域の事情というのは全く異なるから、一律の診療報酬ではなかなか難しいし、かえって混乱することになるという理由なのですが、地域医療構想に関してあえて言えば、診療報酬では4つの機能のうちのどの機能を選択しても、それぞれ安定した医療提供が担保できるような診療報酬上の評価は絶対に必要だということは、この基本方針として位置づけていただきたいと思います。

以上です。

○田中部会長代理 花井委員、どうぞ。

○花井委員 言葉の確認ですが、資料2の1ページ目です。かかりつけ医という文言の使い方です。前回改定の基本方針のときに主治医機能ということで統一しようというのがあったかと思うのですが、そこはどのようにしていくのか。これでいくのか、その辺、最後に決めることなのかもわかりませんが、今もし事務局でお考えがあれば教えていただきたいというのが1点です。

それから、一番下の勤務環境改善のところ、医療の質の向上や患者満足度の向上等と書いてあり、患者にとっての質の高い安心・安全の医療というのでしたら理解できるのですが、満足度というとすごく悪く言うとお客サービス満足度みたいな、余りなじまない用語の使い方だなと思ったものですから、できるなら今まで使っているような安心・安全、患者にとってのという言葉に変えたほうがいいのかなと思います。もし事務局のお考えがあればと、お願いします。

○中川委員 今の関連ですが、かかりつけ医という言葉は我々日本医師会としてもいろいろな定義を明確にして使ってきました。それで例えば参考資料1の基本方針2015においても、かかりつけ医という言葉はこういう正式な紙にも書かれるのです。今回の医療保険部会の論点においても、かかりつけ医、かかりつけ歯科医、かかりつけ薬剤師ということが論点の1つというか整理されていますので、あえて主治医と書きかえることはしないほうがいいのではないかと。ぜひかかりつけ医のままでやっていただきたい。基本的な内容的にはそんなに大差はないわけですので、ぜひよろしく願いいたします。

○田中部会長代理 安部委員、どうぞ。

○安部委員 先ほど中川委員より調剤報酬の伸びについて分析すべきだという御発言をいただきました。これについては中医協で常々2年に1回、結果検証等を行っているものも踏まえて、かつ、今日も示されました重点課題と、そういったものとの兼ね合い。それから、技術料とおっしゃいましたけれども、薬剤費の推移。そういったものを全て総合的に評価しなければいけないと思っています。

私としては本来、毎回中医協の議論で改定のたびに評価をしているはずだと認識しておりますけれども、その点につきまして見直すのであれば、調剤だけに特化するのか、全て

に関して見直しをするようなことをするのか、これは今後少し議論を重ねていただければと思います。

○田中部会長代理 関連してですか。中医協とは違う議論。

○中川委員 調剤技術料だけ特化してやるのではなくて、総合的に全体の中の1つとして調剤技術料を議論しましょうということでございます。

○田中部会長代理 最後になりますが、邊見委員、どうぞ。

○邊見委員 先ほどの山崎委員の後発品のことなのですが、ちょっと細くなるのですが、60%というのは妥当なのかどうかとか、もし次回でもいいですから、後発品のこれからのアムロジンでもメバロチンでも30以上も一遍に出ますね。ああいうことが後発品を使おうと言いながら何か使いにくいということになっていると私はずっと思っていたので、その辺のことをもし事務局が答えできるのだったら、次回でも結構ですから、お願いいたします。

○田中部会長代理 次回に資料をお願いしましょう。

山崎委員、どうぞ。

○山崎委員 今日の資料で参考資料3-4というものが入ってまして、医薬品産業強化総合戦略概要というものが書いてあります。昨年もお聞きしたのですが、この新薬創出加算が、今、総額で幾らぐらい出ている、それが出ている先がどうなっているか。前回、私が発言したときには700億ぐらいの財源が使われていて、そのうちの7割から8割が外国の製薬メーカーにお金が出ているということを記憶しています。本来なら国内のメーカーの新薬創出を助けるための制度としてつくった制度が、結果としてそのお金が外資企業の開発に使われているとすると、何のためのお金かなという気がします。この件に関係した資料を次回でも、教えていただければありがたいです。

○田中部会長代理 いろいろとありがとうございました。

私としては先ほど地域包括ケアの植木鉢図の本人、家族の選択と心構えを言っていたのは大変うれしいです。診療報酬にしても何にしても、最後は住民や患者みんなで支えるもので、その人たちが単に利用して満足度を高めるだけではなくて、制度を支えるためにも自分のための心構えを持つべきだと唱えてきましたので、それが議論の中で出たことをうれしく思います。

次期診療報酬改定の基本方針の検討に当たって、本部会の責務である医療提供体制の観点からの論点について、皆様から多彩な御意見をいただきました。事務局は本日の議論も踏まえてさらに検討を進めていただくよう、お願いします。

予定の時間になりましたので、本日はこれまでといたします。最後に事務局から連絡事項があればお願いします。

○医療政策企画官 今後の医療部会の日程についてですけれども、次回は10月22日木曜日、次々回は11月19日木曜日に予定しておりますので、また詳細が決まり次第、御連絡いたします。

以上です。

○田中部会長代理 本日はこれまでといたします。皆様方、活発な御議論どうもありがとうございました。