

- 具体的には、現在、政府管掌健康保険の運営主体については、国とは切り離された全国単位の公法人を保険者として設立し、保険給付、保健事業、保険料設定等の事務を実施させる方向で検討が進められている。健康保険の保険者としての社会保険庁については、このような検討の結論に対応して、見直しを行っていくべきである。

- また、例えば、平成15年度の医療保険医療費の制度別の構成を見ると、船員保険は0.03兆円で、医療費総額29.1兆円の0.1%を占めるに過ぎない。現在、支払側委員の中には、船員保険の被保険者及び船舶所有者の代表が2名含まれているが、このような船員保険の現状を踏まえつつ、見直しを行っていくべきである。

- このほか、例えば、平成17年4月より、国民健康保険制度の医療費の適正化と保険運営の広域化を進め、その安定的運営を図るため、税源移譲による確実な財政措置が図られる三位一体の改革に併せて、都道府県に財政調整権限を委譲するとともに、都道府県負担が導入されている。
国民健康保険に限らず、医療保険においては、近時、都道府県の役割の強化が図られてきているが、これについては、支払側委員の委員構成の中で反映させていく方法だけでなく、都道府県が医療制度において持つ多面的な役割にかんがみ、増員される公益委員の中で反映させていく方法も含め、検討していくべきである。

- なお、中医協委員に患者の代表を加えることについては、「中央社会保険医療協議会の在り方の見直しについて」（平成16年10月27日中央社会保険医療協議会全員懇談会了解）において、被保険者の代表を推薦する連合において、患者一般の声をより適切に反映できるような委員を推薦することとされ、本年4月から、連合に置かれた「患者本位の医療を確立する連絡会」の委員が中医協委員として任命されている。

- この論点については、「患者の代表は公益委員として加えるべきではないか」との意見もあった。しかし、公益委員はいわば国民全体の声を代表して

意見を言うという意味において、公益委員としての独自の位置付けを与えられているものである。したがって、公益委員が患者の声も含めて国民の声を代弁するものであるとしても、患者の代表にはむしろ被保険者としての側面が強いと考えられることから、現行の形を継続していくべきものと考えられる。

(3) 診療側委員の委員構成について

- 診療側委員の推薦団体については、現在、
 - ・ 医師の代表として、日本医師会 5 名
 - ・ 歯科医師の代表として、日本歯科医師会 2 名
 - ・ 薬剤師の代表として、日本薬剤師会 1 名となっており、また、平成 11 年 5 月より、日本医師会の推薦する 5 名の委員のうち 1 名については、病院団体の関係者が推薦されている。

- 診療側委員の委員構成についても、できる限り多様な主体の意見を反映させるべきである。特に、医師を代表する 5 名の委員について、病院の意見がより適切に反映されるよう、委員構成を見直すべきであり、2 名を病院の意見を反映できる医師とするべきである。

- なお、当該委員の推薦の在り方については、「病院団体が直接推薦をするべき」という意見が大勢であったが、「日本医師会が病院の代表も含めたバランスを考えて推薦をするべき」という意見もあった。いずれにしても、病院の意見を反映できる医師は、国民の目に見え、納得できるような形で選ばれるべきであり、病院団体自身が作成した推薦名簿が透明なプロセスで厚生労働大臣に届けられる仕組みとするべきである。

- このほか、「診療側委員に看護師の代表を加えるべきではないか」との意見もあった。

中医協においては、在宅医療の推進、特に訪問看護の充実等の事項について審議するため、平成 15 年 12 月から、看護の専門家が専門委員に任命さ

れ、中医協としての最終的な意思決定を行う総会及び基本的な問題についてあらかじめ意見調整を行う診療報酬基本問題小委員会に所属している。これらの審議に参加することにより、看護師の意見が中医協における審議に反映される仕組みが設けられている。

現在、診療側委員として構成されている医師、歯科医師及び薬剤師は、保険契約の当事者として現物給付のサービスを提供する一方で、その対価として診療報酬を受け取る主体として整理されている。さらに進んで、診療側委員に看護師の代表を加えることについては、診療報酬を受け取る主体だけではなく、看護師を始めとする医療提供に従事する者の位置付けをどのようにするかについての整理が必要である。看護の専門家が専門委員として中医協の審議に参加している取扱いを継続しつつ、医療提供に従事する者の意見の中医協の審議への反映の在り方について、引き続き検討すべきである。

(4) 推薦制の在り方について

○ 支払側委員及び診療側委員の推薦制については、「支払側委員と診療側委員とが保険契約の両当事者として協議し、公益委員がこの両者を調整する」という三者構成を基本的に維持していく前提に立てば、保険契約の両当事者の代表は、厚生労働大臣が一方的に任命するのではなく、それぞれを代表するにふさわしい者を関係団体が推薦し、これに基づいて厚生労働大臣が任命するものとすべきである。社会保険医療協議会法第3条第1項において、「〇〇を代表する委員」という形で規定がなされているのも、このような思想を背景としているものと考えられる。

○ したがって、支払側委員及び診療側委員の推薦制については、三者構成と併せ、基本的に維持することとしつつ、その運用の改善について検討していくべきである。

例えば、厚生労働大臣より関係団体に対して期限を附して推薦依頼をしたにもかかわらず、関係団体が正当な理由なく期限内に推薦を行わないような場合には、厚生労働大臣が職権で委員の任命ができるものと解するべきである。

5 委員の任期の在り方について

- 中医協委員の任期については、社会保険医療協議会法第4条第1項の規定により、1期が2年とされており、また、「審議会等の整理合理化に関する基本計画」（平成11年4月27日閣議決定）において、「一の審議会等の委員に10年を超える期間継続して任命しない」とされている。
- 委員の任期の在り方については、委員の任期が長すぎる場合の弊害（「長い在任期間を持つ委員が、他の委員に勝る診療報酬に関する知識・経験を通じて、中医協における議論の方向性を事実上決定してしまうような事態が生じるのではないか」と委員の任期が短すぎる場合の弊害（「診療報酬体系は専門的かつ複雑であり、委員の任期が短すぎると、診療報酬改定について実質的な議論ができなくなってしまうのではないか」とを総合的に考慮すべきである。
- 具体的には、中医協委員の任期については、最長6年までとし、再任の回数で言えば2回までとするべきである。
- なお、社会保険医療協議会法第4条第2項の規定により、委員に欠員を生じたときに新たに任命された委員の任期は、前任者の残任期間とすることとされている。したがって、上記のような取扱いとした場合にあっては、前任者の残任期間を引き継いだ場合の任期の上限は、引き継いだ残任期間に応じて、4年1日から6年未満までの期間となることとなる。

6 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) 診療報酬の決定手続の透明化について

- 昨年、中医協を巡り、歯科診療報酬について、一部の診療側委員及びその推薦団体が、自己に有利なものとなることを目的として、一部の支払側委員に対し金品の授与による不正な働きかけをした、という贈収賄事件が発覚し、