

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)

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、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考え。(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。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、何故それがここにあがってこないのか。
(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良い。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。事務クレークを進めると、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 齊藤委員)
- ・ 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 齊藤委員)
- ・ 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ふ話があるが、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」を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)