

第 3 2 回～第 3 5 回社会保障審議会医療保険部会 各委員の発言要旨

I 診療報酬関係

1 診療報酬の配分の見直し、「選択と集中」、平成 2 2 年度診療報酬改定の基本方針について

- ① 骨太に「選択と集中」とあるが、地域医療の荒廃の原因として「選択と集中」に基づいた施策があったのではないか。救急、産科等については前回改定でもすでに手厚く評価しているが、先日の医療機関のコスト調査分科会においても、入院は黒字、外来は赤字との調査結果が出ていた。財政審の建議（6月3日）でも診療所に配分が偏っているとあったが、比較的小回りがきくとされる診療所も経営状況は厳しい。開業医への志向が強いとされているが、実際はそうではない。地域医療が崩壊している中、配分の見直しではなく、やはり医療費全体の底上げが必要だ。（21. 7. 15 藤原委員）
- ② 国民皆保険を守り、安心して質の高い医療を確保するためには、限られた財源の中で、「選択と集中」の考え方に基づき、配分のダイナミックな見直しが必要。（21. 7. 15 逢見委員）
- ③ 診療報酬の重点化、「選択と集中」は不可避。前回、前々回の改定と同様、診療報酬の中身をグループ分けして、重点分野、効率化分野を分けて、配分を大きく変えていく必要がある。（21. 7. 15 対馬委員）
- ④ 全体の引き上げが必要という話があったが、救急や産科・小児科をはじめとする勤務医の負担軽減などに重点をおくような検討が必要。（21. 7. 15 斉藤委員）
地域の救急医療は崩壊の危機であり、深刻に考えなければならない。診療報酬改定だけで議論する問題ではなく、医療提供体制など地域医療全体をどうするかといった視点で考えることが必要。急性期医療に資源を集中投入するという考え方が基本。（21. 7. 15 逢見委員）
国民の生命・安全を保障することが大事であり、限られた財源の中で「選択と集中」と言われるが、医療を選択的に若い人に行うということなのだろうか。産科や小児科へという点は結構だと思うけれど、医療の現状を見ると、むしろ「分散と公平」を図りたい。例えば、人口 20～30 万人に 1 つ分娩施設があるというようなことが「分散と公平」で、そういった観点も入れて欲しい。（21. 7. 15 樋口委員）
- ⑤ 病院と診療所の再診料の格差是正については、積み残しという認識。また、効率的な医療提供体制の確立を目指し、地域医療の連携を強化すべきだ。（21. 7. 15 斉藤委員）
「選択と集中」の考え方に基づいて、限られた資源の中で病院と診療所の格差をどう考えるのか、その上で救急・産科・小児科等にどう重点化していくかを考

えていく必要がある。(21.7.15 小林委員)

前回の改定における病診の配分見直しは切り込みが足りなかったのではない
か。(21.7.15 岩本委員)

- ⑥ 財政の問題がある中で、安心・安全な医療の確保をどう評価するか。薬を安心・安全に患者に提供していくには、単に「選択と集中」ではなく、しっかりと仕事を果たせるような診療報酬体系を念頭に置いていただきたい。(21.7.15 岩月委員)
- ⑦ 「選択と集中」は格差社会の継続につながるものだ。選択と集中によって中核病院のあった二次医療圏に小児科医がいなくなるなど、医療機関の連携が分断されている。地方は過疎化していくため、身近なところで適切な医療を提供できるよう、地域にあった医療提供体制が必要だ。(21.8.27 藤原委員・日医)
- ⑧ 「選択と集中」は社会保障国民会議最終報告にあるもので、改定内容として決定しているものではないため、これを進めていくというのであれば、きちっとステップを踏んで欲しい。(21.8.27 藤原委員・日医)
- ⑨ 4つの視点は賛成。(21.8.27 岩田参考人)
- ⑩ 20年度改定の4つの視点と緊急課題について、この2年間でどの程度改善したのか検証が必要。解消には至っていないだろうから、次回もこの視点等を継承していく必要がある。(21.8.27 逢見委員)
- ⑪ 4つの視点は継続すべきである。「選択と集中」という考え方を継続するとともに、地域医療の連携強化についても併せて検討する必要がある。(21.8.27 藤原代理人・経団連)
- ⑫ これまでの医療費の伸びの抑制の考え方が見直されてきていることを改定にも盛り込んでいく必要がある。しかしながら、効率化は必要であり、効率化して本当に必要なところに財源を充てていくことが必要。(21.8.27 逢見委員)
- ⑬ 改定の4つの視点にあるように、メリハリをつけることはいかなる時代においても重要なことだ。保険者財政も国民の経済状況も厳しい。(21.8.27 対馬委員)
- ⑭ 協会けんぽの財政状況も深刻な状況にあり、基本方針の検討に当たっては、保険料負担の増大につながるような診療報酬全体の引き上げを行う状況にはなく「選択と集中」の観点から補助金も活用しながらメリハリをつけることが必要である。(21.8.27 小林委員)
- ⑮ 4つの視点に書かれていない点を2つ付け加えたい。1つは「医療の見える化」「IT化の推進」であり、もう1つは病院と診療所の再診料の格差解消の問題である。(21.8.27 対馬委員)
- ⑯ 疾病の予防にインセンティブをつけるべきだ。例えば口腔ケアをきちんと行った場合、誤嚥性肺炎の発症が半分になるというデータがある。こうしたエビデンスがあるものについては、診療報酬をつけるべきだ。(21.8.27 大内委員)
- ⑰ これまでは、「医療費の抑制」が審議会に臨む大前提だった。医療費に無駄が

あることは承知しているが、諸外国に比べれば決して高くない。負担も低ければ給付も低い。高齢者は治療に費用がかかるが、世界でも高齢化率が20%を超えるのは日本ぐらいで、これから増えていくことが明白なのも日本のみ。増える給付費を高齢者も含めて負担すべきだと思うし、考え方を見直すべきだと思う。今後はその変化を踏まえて、議論していく必要がある。(21. 8. 27 樋口委員)

- ⑱ 今回の資料についても、財源については触れられていない。マクロの総額は政治レベルで決められるが、それによって、この方針の実現度が決まる。プラス改定にならなかった場合に向けて、財源についてもこの場で踏み込んで議論すべき。メリハリ、切り込む分野についてしっかり書くべき。マイナスシーリングの場合、どこかを削って他の場所に付けるが、そのような形で切り出すことが必要ではないか。(21. 8. 27 岩本委員)
- ⑲ 「選択と集中」は、10年先を見て手を打つべきだ。日本の産業構造が変わってきており、雇用イコール利益という関係ではなくなっている。将来的に県ごとに医師の必要数がどうなるのか、雇用数がどうなるのかといった数字をつめていかなければいけない。(21. 8. 27 西村委員)
- ⑳ 基本方針について、改定の「視点」と「方向」という観点はあるが、「量」という観点が抜けている。(21. 8. 27 藤原代理人・経団連)
- ㉑ 基本方針にある「患者から見てわかりやすく、患者のQOLを高める医療の実現」はもっともなことだが、こういった審議会を通り一遍の議論をするというやり方で良いのか。1桁違うお金をかけて検証を重点的に行うといったことが必要なのではないか。(21. 8. 27 西村委員)
- ㉒ 人口減少地域の医療が崩壊している。身近なところで医療を受けられないのが地域の利用者から見たら医療崩壊として映る。無床診療所もこれまでの増加率からいえば、急減してきている。配分の見直しではなく、全体の底上げをお願いしたい。(21. 11. 16 藤原委員・日医)
- ㉓ 高齢者に限らず誰でもどこに住んでいても一定の医療は保証されなければいけない。その意味で「選択と集中」以外に、「分散と公平」という視点があるべきではないか。「分散」というのは、どこにいても一定程度の適切な医療を受けられるという意味で、地域適正配置というべきかもしれないが、この二つの考え方について、基本方針の中でどうバランスをとっていくのか。(21. 11. 16 樋口委員)
- ㉔ 「基本認識・重点課題等」の文言の中に「国民全ての自覚と(不断の取組が求められるところ)」を入れて欲しい。この危機の克服には、医療関係のみならず全国民の協力が必要である。例えば、厳しい現場で尽力している勤務医に実際の状況を聞くと、患者が過大な要求をしていることも多いようだ。いわゆるモンスター・ペイシエントと呼ばれる問題で、「ありがとう」の一言もないという。患者からの感謝の意は、医師にその崇高な使命を遂行する励ましを与えるものでもある。それが崩壊してきているのは「国民の自覚」不足にもよる。その改善も極

- めて重要なことである。(21. 11. 25 横尾委員)
- ②⑤ 基本認識はよいが、重点的に取り組む課題として、病床数の適正化と入院日数の短縮に引き続き取り組むということを入れて欲しい。医療関係者のマンパワーが分散して勤務医負担増につながっている。(21. 11. 25 齊藤委員)
 - ②⑥ 病院・診療所の再診料の格差是正についても言及して頂きたい。(21. 11. 25 齊藤委員)
 - ②⑦ 入院日数の短縮は、勤務医の負担軽減にはならない。回転を早くすればするほど勤務医の負担が増える。(21. 11. 25 藤原委員)
 - ②⑧ 基本方針の4ページ目の「効率化」について、医薬品・医療材料を中心にしか書かれていない。医療の本体部分でも、新しい技術が出てきて陳腐となった旧来技術の見直しなどについても記載して欲しい。診療科のバランスも気になるところがあり、効率化の余地がある。(21. 11. 25 対馬委員)
 - ②⑨ 医療と介護の連携を基本方針に入れていただいたことはありがたい。(21. 11. 25 樋口委員)
 - ③⑩ 基本方針は、期待していたことがざっくりと盛り込まれているという印象。(21. 11. 25 紙屋委員)
 - ③⑪ 基本方針に訪問看護の推進を位置づけしていただいたことはありがたい。介護職種と看護師が十分に連携を取り合って、患者の在宅医療に貢献できればと思う。(21. 11. 25 紙屋委員)
 - ③⑫ 現在、特定健診や健康増進を進め、さらに充実しようという動きがある。行政も市民の健康に尽力する責務もある。そこで基本方針の2ページ目の部分を、「また、患者や国民の視点に立った場合、日々の自己健康の維持や質の高い医療をより効率的に受けられるようにすることも求められるが、これを実現していくためには、医療だけでなく、介護や保健を含めた役割分担と連携協力を進めることが必要である。」として頂きたい。発病後の医療のみならず、病気にならないために、日々の自己健康管理が重要であり、ひいては医療財政の改善も図りうる。予防という観点や保健についての方針をまとめ、発信していくことは今後のためにも重要である。(21. 11. 25 横尾委員)
 - ③⑬ 生活習慣病や喫煙に関しても、それをみんなで考えることで、長い目で見たら医療費の軽減になっていくと思う。(21. 11. 25 大谷委員)
 - ③⑭ 平成15年3月28日に閣議決定された、健康保険法の一部改正の法律の中に「最適の医療」という言葉がきちんと入っている。基本方針に入れて欲しい。(21. 11. 25 藤原委員)
 - ③⑮ 看護師、医師、医療は疲弊している。医師はすぐに増えないので、勤務医対策として医療クランクを増やすということだと思う。重点項目は賛成。その上で、具体的に何を評価するのかを見守りたい。守れないなら、医療保険部会としても文句を言うべき。その評価の仕方についても、施設的なものを評価するのか、能力を評価するのか、できれば議論をして欲しい。(21. 11. 25 岩月委員)

- ⑳ 基本方針は、まとめとしてはこういう表現で仕方がないと思う。もっと患者に分かりやすい具体的な事例を示してから資料にして配布していただきたい。「高齢者の心身の特性」といっても、具体的にわからない。(21. 11. 25 見坊委員)

2 厳しい保険者財政について

- ① 診療報酬の引き上げには、厳しい経済情勢、健保組合の財政状況を考慮する必要がある。(21. 7. 15 斉藤委員)
- ② 診療報酬の引上げは、保険料にはね返ることも踏まえて議論すべき。後期高齢者の拠出金や経済不況などにより、保険の財政状況は厳しい。(21. 7. 15 逢見委員)
- ③ 経済の低迷の下、保険料収入の落ち込み等で、協会けんぽの財政は極めて厳しい状況にある。保険料負担の増大につながるような診療報酬全体を上げるような状況ではない。(21. 7. 15 小林委員)
- ④ 国保全体として財政状況は厳しい。平成 21 年度末に国保への財政支援措置が切れるので、制度の継続と拡充は必ずやっていただきたい。(21. 7. 15 岡崎委員)
- ⑤ 健保組合全体で 21 年度予算 6 兆円に対して、赤字が 6, 150 億円で 1 割にも達する。20 年度から 2 年連続で巨額の赤字。解散する組合も増えている。診療側、支払側の両方の事情を勘案しなければならない。(21. 7. 15 対馬委員)
- ⑥ 診療報酬改定の議論に関しては、保険者財政を考える必要がある。視点の④配分見直しについて「イ」「ロ」の二つの意見があるが、対立ではなく、相乗効果を持たせることが必要。限られた財政状況の中でパイをどうするかは考えざるを得ない。国民にも一定の負担が必要だし、国からの補助も必須。国民から受け入れられるように、診療報酬内部でのバランスを国民の目から見て適正なものとする必要がある。(21. 11. 16 和田委員)
- ⑦ 基本認識・重点課題等①～③についてはもっともだが、国民の状況に関する視点が薄いのではないか。医療保険部会なので、医療保険を取り巻く経済状況などの視点がほしい。失業率が過去最悪だとか賃金・物価が下がるなど国民は困っている状況にあるが、医療の提供体制だけしか触れられていないという感じがする。全体をみるべき。(21. 11. 16 対馬委員)
- ⑧ 「我が国の医療は危機的な状況」とあるが、それは医療保険財政も同じである。「産科、小児科、救急等、急性期医療は危機的な状況」という捉え方であれば、全く異論はない。(21. 11. 16 対馬委員)
- ⑨ 被用者所得が落ち込んでいる、低所得者が増えているということも基本認識として踏まえる必要がある。(21. 11. 16 逢見委員)

3 救急・産科・小児科医療

- ① 救急の軽症患者にどう対応するかが問題。軽症者を入り口で止め、軽症者の心の不安にどう対応するかが問題。そういったことについて、看護師や薬剤師のチ

ームでどう対応するか、そこに対して診療報酬も対応する必要がある。(21. 7. 15 坂本委員)

- ② 救急、産科、小児科は、過去の改定でそれなりに評価をしているが、これでも解決しないのなら、もっと根本的な見直しが必要なのではないか。これは医療システムの構造的な問題であり、後方病床を整備して流れを良くしなければならない。中小病院、慢性期医療、有床診療所、無床診療所、在宅医療などが資料でも触れられていないが、遺憾だ。夜間対応している有床診療所が減少しているのは憂慮すべきことだ。(21. 8. 27 藤原委員・日医)
- ③ 救急、産科、小児科などは体制整備が必要。診療報酬の加算などで誘導するのではなく、体制を整備したことを評価するという順序で対応すべき。公費・補助金などの充実によって医療機関が質の高い必要な体制を確保できる仕組みを別にしっかり構築した上で、その体制を整えた医療機関を診療報酬で評価する仕組みとすべきである。診療報酬を取らせるために算定要件を緩和するなど、本末転倒になってはならない。(21. 8. 27 逢見委員)
- ④ 救急の流れをスムーズにするようなサポートシステムを評価してはどうか。患者はかなり悩んでから救急にかかっているため、患者からの悩みや相談を受けて適切に救急医療を行う病院、地方にあり患者の家から遠いとしても、次の病院に適切にコーディネートしている病院、在宅医療へのつながりの仕組みをもっている病院は、評価していくべきだ。こういった救急の入口から出口の流れを支えるシステムを看護師を活用してやっていきたい。(21. 8. 27 坂本委員)
- ⑤ 「救急、小児、外科等の医療の再建」「病院勤務の負担軽減」は過去の改定でも評価されたが、医師不足、地域偏在は解消できておらず、負担軽減に繋がっているかも明確ではない。(21. 11. 16 藤原委員・日医)
- ⑥ 周産期医療、新生児集中治療室を支援する施設の適正な評価も必要。(21. 11. 16 逢見委員)

4 かかりつけ医

- ① 高度な治療が必要か否かを判断できる場所が必要。そのためには、家庭状況を含めてトータルに理解している医者が必要だ。今後、高齢化が進行していく中で、皆が刹那的に医療を受けていては、医療体制が崩壊するのではないかと危惧している。後期高齢者診療料について、かかりつけ医の芽が出かかっていると思っていたが、実際は利用されていない。利用率が低いからといって廃止するのではなく、利用を促進する方向で検討していただきたい。(21. 7. 15 多田委員)
- ② 後期高齢者診療料については、届出された医療機関のうち1割の患者しか利用していない。この点数の趣旨は、多受診を抑えようという意図があったが、厚労省の調査によれば、75歳以上の9割弱が1～2箇所しか受診していない。そういった意味では後期高齢者診療料も、医療費の削減にはつながらないのではないか。エビデンスに基づく議論をしてほしい。(21. 7. 15 藤原委員)

- ③ ヨーロッパではプライマリケア医がしっかりとそれなりの機能を果たしている。日本でもプライマリケア医が対応できる患者が相当いるに違いない。そのような人が大病院の外来に救急車で運ばれるケースが増えている。そこを変えないといけない。開業医にもがんばってもらいたい。それを踏まえて、診療報酬も作り直してほしい。これから増える高齢者を大病院の外来で受けるようにしてはいけない。診療報酬だけの問題ではないが、前向きに積極的に取り組んでほしい。(21. 8. 27 多田委員)
- ④ 開業医はプライマリケアを行うべきという意見があったが、メディアスのデータを見ると、診療所への受診は減っていないし、はしご受診も行われているとは言えない。(21. 8. 27 藤原委員・日医)
- ⑤ 患者が、大病院なら信用できるという気持ちを強く持っているということを医者が認識していないというのには驚いている。高齢者は心身に多種類の不都合をもって生活するのだが、勝手に大学病院や専門病院にどんどん流れていくのは問題だ。その際にアドバイスをできる身近な医者との関係をしっかり作っていくことが必要。ここがしっかりしないと、これからの半世紀、1世紀の日本の医療はもたない。(21. 8. 27 多田委員)
- ⑥ 医療のデータを見るときには注意が必要で、いくら医療費が使われたかというデータからは、医療サービスに対する満足度は読み取れない。(21. 8. 27 岩本委員)
- ⑦ かかりつけ医の重要性については我々も理解しているが、これと包括医療を一緒にするのはよくない。かかりつけ医は高齢者だけでなく、おしなべて必要。すべてを明らかにしないまま包括医療という言葉だけが先行したため、高齢者が理解する前にガードを固めてしまった。高齢者医療改革会議ではそのようなことがないようにしっかり議論してほしい。(21. 11. 16 齊藤参考人・老人クラブ)

5 心身の特性を踏まえた医療

- ① 「高齢者の心身の特性を踏まえた医療の提供」とあるが、高齢者は医療機関にかかりにくくなっている。院内処方減り、薬局まで薬を取りに行かなければならなくなっている。患者の負担を考えるなら、院内処方を増やすべき。処方せんも4日で期限が切れてしまう。(21. 8. 27 樋口委員)
- ② 介護との連携も見通しながら、「高齢者の心身の特性及び家族や地域生活の環境変化を踏まえた医療の提供」が必要。(21. 8. 27 樋口委員)
- ③ 在院日数の短縮はいいが、在宅やかかりつけ医など地域の受け皿がないと高齢者はやっていけない。そういう意味で、医療と介護の機能分化と連携を書いていたのはいいが、実際には、医療と介護の間は必ずしも話し合いもなく、断絶している。リハビリの連続性も議論してほしい。(21. 11. 16 樋口委員)
- ④ 後期高齢者医療に係る診療報酬について、廃止は理解するが、高齢者は、総合的、継続的に診なくてははいけないといった指摘など、後期高齢者医療の在り方に

関する特別部会で大変いい議論をしていただいた。それを尊重するよう中医協に投げられ改定をしたが、後期高齢者医療制度の施行に伴う周知の不十分さが招いた誤解のある中で不幸な立場におかれた。75歳を例えば65歳にするとか、老健制度や特定健診のように40歳まで引き下げられることも考えられる。そうした議論をもう一度医療保険部会でやっていただけるとありがたい。(21.11.16 対馬委員)

- ⑤ 後期高齢者の診療報酬について、制度の見直しに先行して廃止するということが、具体的な診療報酬項目について、後期高齢者診療料とか終末期相談支援料に加え、加算まであったということを初めて知った。薬剤の情報提供の加算も後期高齢者に限定してする必要があるのか。75歳以上に限定して考える必要のないものもこの項目の中には含まれているのではないか。(21.11.16 見坊委員参考人)
- ⑥ 「医療の透明化・わかりやすさの推進」の観点からいっても、わかりやすく透明性があってはじめて判断が可能となるわけであり、後期高齢者医療制度の改革を議論する際にも、この点は最重点にしてほしい。(21.11.16 斉藤参考人・老人クラブ)
- ⑦ 後期高齢者の問題について、75歳という年齢に着目した診療報酬体系については、本体の見直しに先行して行う方向はそのとおりだと思う。終末期相談支援料は後期高齢者だけが終末期を迎えるわけではないので、年齢制限を外して、すべての年齢について適用できるように見直しすべき。(21.11.16 逢見委員)

6 チーム医療

- ① 医療が複雑化しており、それぞれの職種がそれぞれの役割を発揮して連携しないといけない。医療関係者が増えると非効率になっていくというものではないのではないか。(21.8.27 岩月委員)
- ② 医師を増やすと言っても、人の数には限界があり、またすぐに対応できるものでもない。看護師や薬剤師や栄養士など、様々な職種の役割分担を明確にしていくことが重要。また、医療職種以外の職種もこれに入れていくことが重要。こうした視点を載せるようにしてほしい。(21.8.27 坂本委員)

7 後発医薬品の使用促進等

- ① 基本方針にある効率化の関連で、後発医薬品の促進については、処方せん様式を変えたりしたが、まだ十分には進んでいないという認識だ。追加的な対策を行っていくべき。(21.8.27 小林委員)
- ② 後発医薬品の使用促進も必要。安全性に問題がないというメッセージ、周知が不十分。(21.8.27 逢見委員)
- ③ 後発医薬品の使用促進の議論と一緒に、革新的新薬の議論も併せて行って欲しい。(21.8.27 藤原代理人・経団連)