

## 第35回社会保障審議会医療保険部会 議事次第

平成21年11月25日（水）  
16時00分～18時00分  
全国都市会館 3階第1会議室  
（東京都千代田区平河町2-4-2）

### （議 題）

1. 平成22年度診療報酬改定の基本方針（案）について
2. 行政刷新会議からの指摘事項について
3. その他

### （資 料）

- 資料1 平成22年度診療報酬改定の基本方針（案）
- 資料2 入院時の食費・居住費について
- 資料3 市販薬と類似した医療用医薬品について
- 資料4 協会けんぽにおける来年度保険料率の見通しの修正について（小林委員提出資料）
- 資料5 健康保険組合の財政状況（対馬委員提出資料）
- 資料6 国民健康保険の財政状況（柴田委員提出資料）

参考資料1 第32回～34回社会保障審議会医療保険部会 各委員の発言要旨

参考資料2 第8回及び第9回社会保障審議会医療部会 各委員の発言要旨

参考資料3 行政刷新会議「事業仕分け」第2WG評価コメント（抜粋）

## 平成 22 年度 診療報酬改定の基本方針（案）

## I 平成 22 年度 診療報酬改定に係る基本的考え方

## 1. 基本認識・重点課題等

- 医療は、国民の安心の基盤であり、国民一人一人が必要とする医療を適切に受けられる環境を整備するため、不断の取組が求められるところである。
- 前回の診療報酬改定においても、医師不足などの課題が指摘される中で所要の改定が行われたところであるが、これらの課題は必ずしも解消しておらず、我が国の医療は、危機的な状況に置かれている。
- このような状況に対しては、医療費全体の底上げを行うことにより対応すべきであるとの意見があった一方で、賃金の低下や失業率の上昇など、国民生活も厳しい状況に置かれており、また、保険財政も極めて厳しい状況にある中で、医療費全体を引き上げる状況にはなく、限られた財源の中で、医療費の配分の大幅な見直しを行うことにより対応すべきとの意見があった。
- このような議論を踏まえた上で、平成 22 年度診療報酬改定においては、**「救急、産科、小児、外科等の医療の再建」**及び**「病院勤務医の負担の軽減（医療従事者の増員に努める医療機関への支援）」**を改定の**重点課題として取り組む**べきである。
- また、その際には、地域特性への配慮や用途の特定といった補助金の役割との分担を十分に踏まえるべきである。

## 2. 改定の視点

- 「救急、産科、小児、外科等の医療の再建」、「病院勤務医の負担の軽減（医療従事者の増員に努める医療機関への支援）」といった重点課題以外にも、がん対策や認知症対策など、国民の安心・安全を確保していく観点から充実が求められている領域も存在している。

このため、「**充実が求められる領域を適切に評価していく視点**」を今回の診療報酬改定の視点の一つとして位置付けるべきである。

- 一方、医療は、これを提供する側と受ける側との協働作業であり、患者が必要な情報に基づき納得した上で医療に参加していける環境を整えることや、安全であることはもちろん、生活の質という観点も含め、患者一人一人の心身の状態にあった医療を受けられるようにすることが求められる。

このため、「患者から見て分かりやすく納得でき、安心・安全で、生活の質にも配慮した医療を実現する視点」を今回の診療報酬改定の視点の一つとして位置付けるべきである。

- また、患者の視点に立った場合、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、これを実現するためには、医療だけでなく、介護も含めた機能分化と連携を推進していくことが必要である。

このため、「医療と介護の機能分化と連携の推進等を通じて、質が高く効率的な医療を実現する視点」を今回の診療報酬改定の視点の一つとして位置付けるべきである。

- 次に、医療を支える財源を考えた場合、医療費は公費や保険料を主な財源としており、国民の負担の軽減の観点から、効率化の余地があると思われる領域については、その適正化を図ることが求められる。

このため、「効率化の余地があると思われる領域を適正化する視点」を今回の診療報酬改定の視点の一つとして位置付けるべきである。

## Ⅱ 平成22年度診療報酬改定の基本方針（2つの重点課題と4つの視点から）

### 1. 重点課題

#### (1) 救急、産科、小児、外科等の医療の再建

- 我が国の医療が置かれている危機的な状況を解消し、国民に安心感を与える医療を実現していくためには、それぞれの地域で関係者が十分に連携を図りつつ、救急、産科、小児、外科等の医療を適切に提供できる体制をさらに充実させていくことが必要である。
- このため、地域連携による救急患者の受入の推進や、小児や妊産婦を含めた救急患者を受け入れる医療機関に対する評価、新生児等の救急搬送を担う医師の活動の評価や、急性期後の受け皿としての有床診療所も含めた後方病床・在宅療養の機能強化、手術の適正評価などについて検討するべきである。

#### (2) 病院勤務医の負担の軽減（医療従事者の増員に努める医療機関への支援）

- また、救急、産科、小児、外科等の医療を適切に提供できる体制を充実させていくためにも、これらの医療の中心的役割を担う病院勤務医の負担の軽減を図ることが必要であり、そのためには、これらの医療を担う医療機関の従事者の確保や増員を図ることが求められる。

- このため、入院医療の充実を図る観点からの評価、とりわけ看護師や薬剤師等医師以外の医療職が担う役割の評価や、看護補助者等医療職以外の職員が担う役割の評価などについて検討するとともに、医療クランクの配置の促進など、医師の業務そのものを減少させる取組に対する評価などについて検討するべきである。
- また、有床診療所を含めた地域の医療機関や医療・介護関係職種が、連携しつつ、それぞれの役割を適切に果たしていくことが、病院勤務医の負担の軽減につながると考えられることから、この点を踏まえた診療報酬上の評価について検討するべきである。

## **2. 4つの視点**

### **(1) 充実が求められる領域を適切に評価していく視点**

- 国民の安心・安全を確保していくためには、我が国の医療の中で充実が求められている領域については、診療報酬においても適切に評価していくことが求められる。
- このため、がん医療の推進や認知症医療の推進、新型インフルエンザや結核等の感染症対策の推進や肝炎対策の推進、質の高い精神科入院医療の推進や歯科医療の充実などに対する適切な評価について検討するべきである。
- 一方、手術以外の医療技術の適正評価についても検討するとともに、新しい医療技術や医薬品等については、イノベーションの適切な評価について検討するべきである。

### **(2) 患者からみて分かりやすく納得でき、安心・安全で、生活の質にも配慮した**

#### **医療を実現する視点**

- 医療は、これを提供する側と受ける側との協働作業であり、患者の視点に立った場合、分かりやすく納得でき、安心・安全で、生活の質にも配慮した医療を実現することが求められる。
- このため、医療の透明化や、診療報酬を患者等に分かりやすいものとするなどなどを検討するほか、医療安全対策の推進や、患者一人一人の心身の特性や生活の質に配慮した医療の実現、疾病の重症化予防などに対する適切な評価について検討するべきである。

### (3) 医療と介護の機能分化と連携の推進等を通じて、質が高く効率的な医療を実現する視点

- 患者一人一人の心身の状態にあった質の高いサービスをより効率的に受けられるようにするためには、医療と介護の機能分化と連携を推進していくことなどが必要であり、医療機関・介護事業所間の連携や医療職種・介護職種間の連携などを推進していくことが必要である。
- このため、質が高く効率的な急性期入院医療や回復期リハビリテーション等の推進や、在宅医療や訪問看護、在宅歯科医療の推進など、医療と介護の機能分化と連携などに対する適切な評価について検討するべきである。
- その際には、医療職種はもちろんのこと、介護関係者をも含めた多職種間の連携などに対する適切な評価についても検討するべきである。

### (4) 効率化余地があると思われる領域を適正化する視点

- 医療費は公費や保険料を主な財源としており、国民の負担を軽減する観点から、効率化の余地があると思われる領域については、その適正化を図ることが求められる。
- このため、後発医薬品の使用促進や、市場実勢価格等を踏まえた、医薬品・医療材料・検査の適正評価などについて検討するべきである。

## **Ⅲ 後期高齢者医療の診療報酬について**

- 75歳以上の方のみに適用される診療報酬については、高齢者の心身の特性等にふさわしい医療を提供するという趣旨・目的から設けられたものであるが、行政の周知不足もあり、高齢者をはじめ国民の方々の理解を得られなかったところであり、また、中央社会保険医療協議会が行った調査によれば、必ずしも活用が進んでいない実態等も明らかになったところである。
- このため、75歳以上という年齢に着目した診療報酬体系については、後期高齢者医療制度本体の見直しに先行して廃止することとするが、このような診療報酬が設けられた趣旨・目的にも配慮しつつ、具体的な報酬設定を検討することとするべきである。

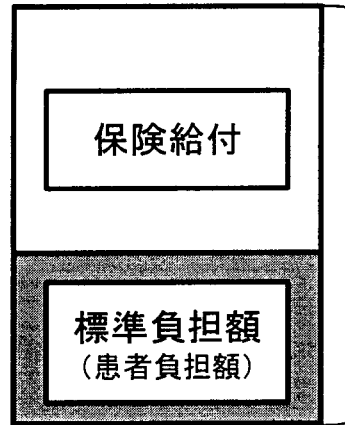
#### IV 終わりに

- 中央社会保険医療協議会におかれては、本基本方針の趣旨を十分に踏まえた上で、国民、患者の医療ニーズに即した具体的な診療報酬の改定案の審議を進められることを希望する。

# 入院時の食費・居住費について

## ① 現行制度

保険給付  
= ① 基準額 (食費・居住費の提供に必要な額) から、② 標準負担額 (患者が負担する額) を除いた額



基準額  
(食費・居住費の提供に必要な額)

## ② 経緯

平成 6 年 10 月

食費に係る負担を導入 (食材料費のみ)

※ 標準負担額については、600円 (1日) → 760円 → 780円  
→ 260円 (1食) に変遷

平成 17 年 10 月

介護保険法改正 → 介護保険施設の食費 (食材料費 + 調理費 (調理員の人件費)) ・ 居住費 (光熱水費) を利用者負担

平成 18 年 10 月

療養病床に入院する 65 歳以上の方に、食材料費に加え、調理費及び居住費の負担を導入

## ③ 標準負担額

区分	一般病床に入院する方	療養病床に入院する方	(参考) 介護保険施設 (多床室) に入所している方
65 歳以上の方	(食費) 1 食 260 円 (居住費) 負担なし	(食費) 1 食 460 円 (居住費) 1 日 320 円 ※	(食費) 1 日 1380 円 (居住費) 1 日 320 円
65 歳未満の方	(食費) 1 食 260 円 (居住費) 負担なし	(食費) 1 食 260 円 (居住費) 負担なし	(食費) 1 日 1380 円 (居住費) 1 日 320 円

※ 難病等の入院医療の必要性の高い方の負担額は、一食あたり 260 円 (居住費の負担はなし。)

## ④ 事業仕分け時の主な指摘事項



「見直し行う」(入院時の食費・居住費の見直し)

次の方にも調理費 (調理員の人件費) や居住費 (光熱水費) を負担していただくべきではないか。

- ・ 一般病床に入院する方
- ・ 療養病床に入院する 65 歳未満の方

## 市販薬と類似した医療用医薬品について

### 1 市販薬と医療用医薬品について

- 市販薬：患者が薬局で購入し、自らの判断で使用する医薬品
- 医療用医薬品：医師が患者の治療のために処方する医薬品（注）

注 たとえ市販薬と同一の成分を含むものでも、より重症の患者に高用量で使用されるなどの点で市販薬と異なる。イブプロフェンを含む医薬品の場合、以下のとおり。

市販薬：「頭痛、生理痛」等を効能とし、使用量は1日450mgまで。

医療用医薬品：「慢性関節リウマチ、手術後の消炎・鎮痛」等の効能を有し、使用量は1日600mg。

### 2 医療保険における取扱

- 他の医療用医薬品と同様、医師が患者の治療のために処方する医薬品であり、保険給付の対象とされている。

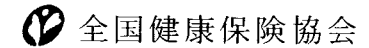
### 3. 行政刷新会議「事業仕分け」時の指摘

- 保険給付の対象外とすべき。ただし、具体的に対象外とする範囲については、今後議論が必要



## 協会けんぽにおける来年度保険料率の見通しの修正について

平成 21 年 11 月 17 日



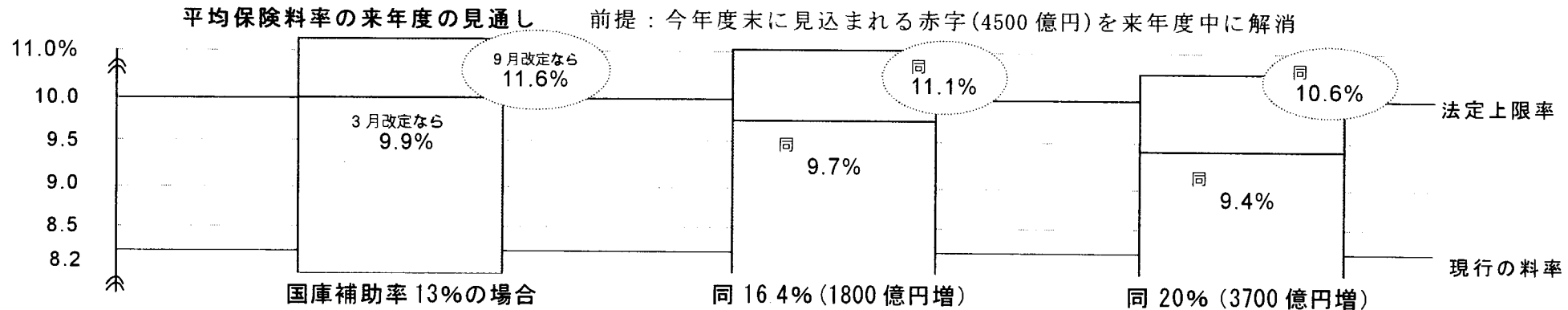
協会けんぽは、中小企業の従業員を中心とした、健康保険組合に入っていない被用者・家族 3500 万人の加入する健康保険であり、被用者保険の最後の受け皿として、昨年 10 月に社会保険庁から政管健保を引き継いでいる。協会において、来年度の保険料率見通し等を去る 10 月 19 日に公表。

その後も、被保険者の賃金低下に伴う保険料収入の減少、秋以降の新型インフルエンザ流行による医療費の増加など予想以上の財政悪化が続いており、その悪化要因を踏まえて、見通しを修正。

○来年度の平均保険料率は、現行制度を前提として（国庫補助率 13%）、現在の 8.2%から 9.5%に引上がる見通しであったが、これを 9.9%に修正（月収 28 万円の場合、労使合計で月約 3600 円増であったが、約 4800 円増に修正）。

○10 月 5 日に続き、本日、国庫補助率引上げを国に再度要望したが、暫定的な補助率（13%）から法律本則上の補助率（16.4~20%）に改定された場合であっても、平均保険料率は 9.7~9.4%に引上げ（同 4200~ 3400 円増）。

○保険料率の法定上限は 10.0%であり、都道府県単位保険料率に係る激変緩和措置や診療報酬改定の内容次第では、必要な保険料収入を確保できない事態になる。



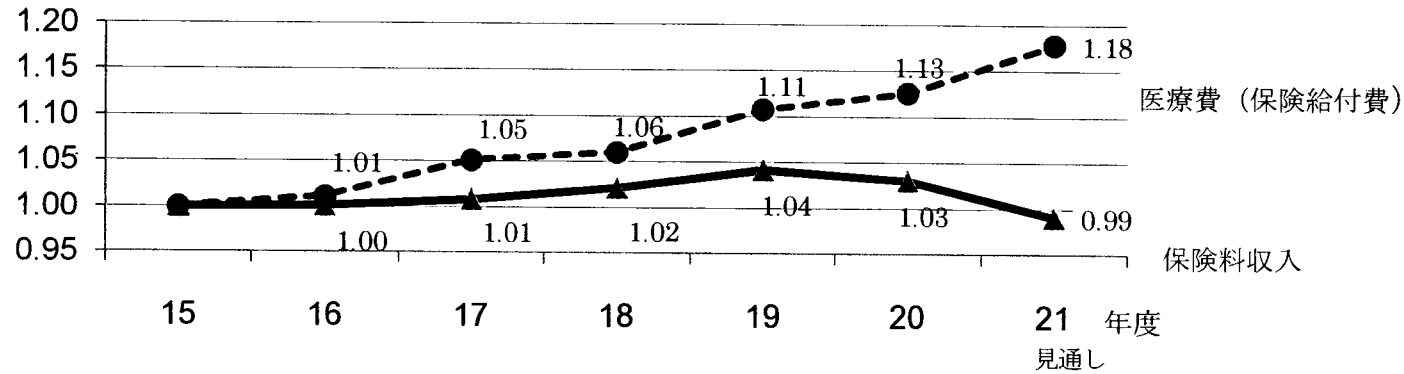
激減緩和措置 1/10(現行)を維持した場合の都道府県単位料率への影響	都道府県毎に ▲0.06~+0.06%	同 ▲0.06~+0.06%	同 ▲0.06~+0.06%
激減緩和措置 3/10とした場合の都道府県単位料率への影響	同 ▲0.17~+0.15%	同 ▲0.17~+0.15%	同 ▲0.16~+0.14%

診療報酬 1%当たりの平均料率への影響	0.08%(満年度も同じ)	0.08%(満年度も同じ)	0.07%(満年度で 0.08%)
---------------------	---------------	---------------	-------------------

※ 激変緩和措置：都道府県単位保険料率へ円滑に移行するため、平成 25 年 9 月までは、都道府県間の保険料率の差を小さくした上で、料率を設定。

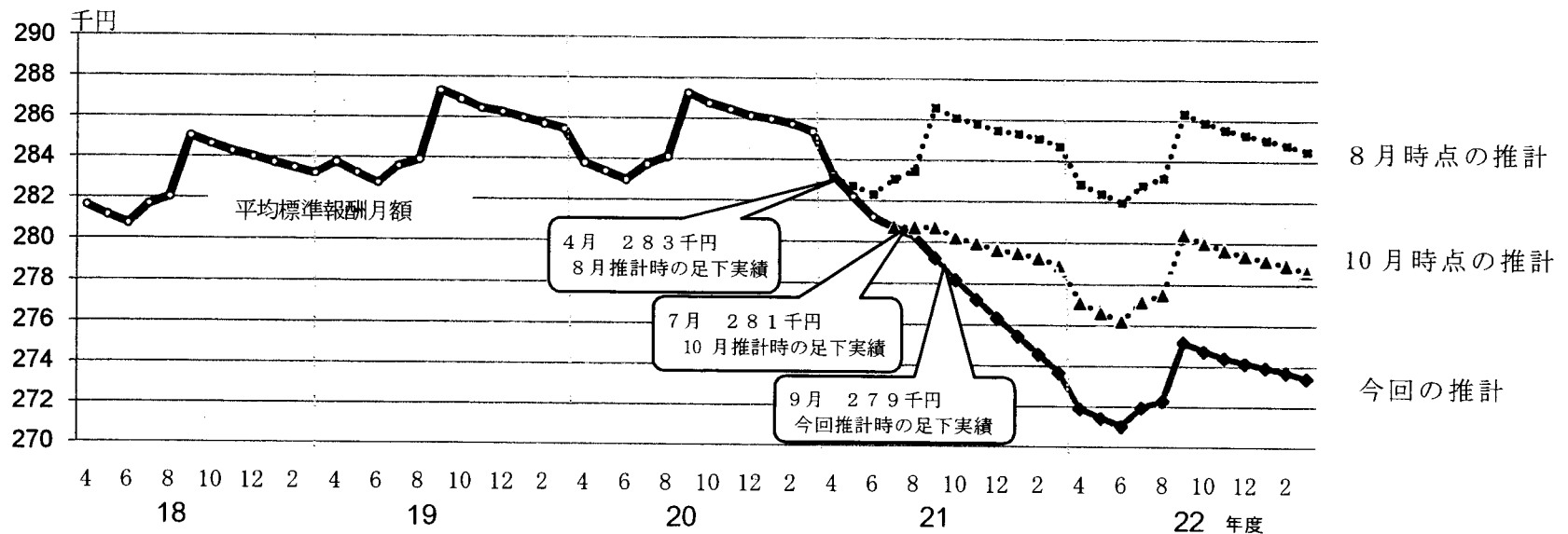
### (1) 保険財政における全般的な傾向

近年、患者負担引上げ[H15]、診療報酬のマイナス改定[H14, H16, H18, H20]、老人保健制度の対象年齢引上げ[H14~18]等が講じられてきたが、平成19年度以降はそのような対策の効果も薄れ、構造的な赤字が顕在化し、積立金を取崩しながら運営している。



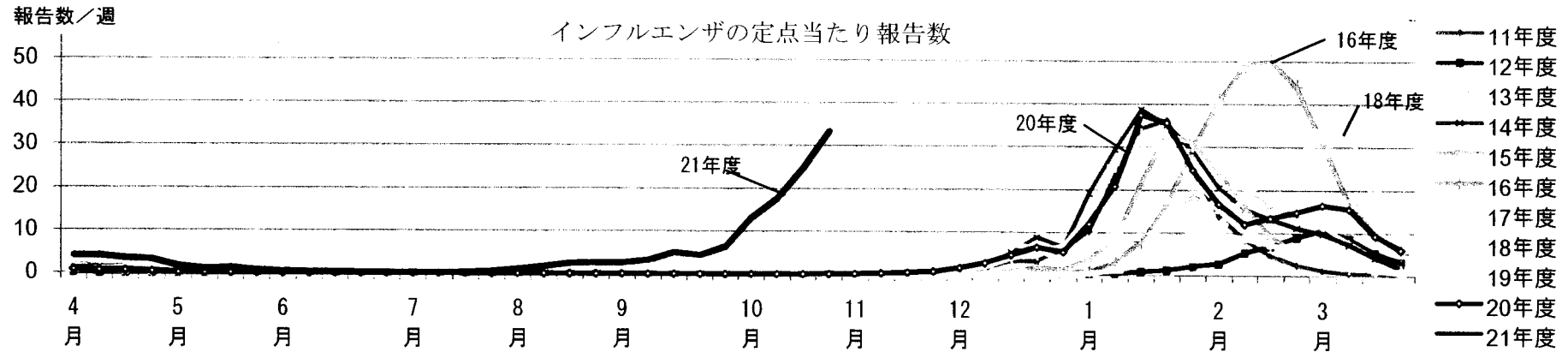
### (2) 直近の保険料収入の状況

当協会に加入する被保険者の月収（標準報酬月額）は、予想を超えて下がり続けている。これに伴い保険料収入は更に大きく落ち込む見通しに修正。



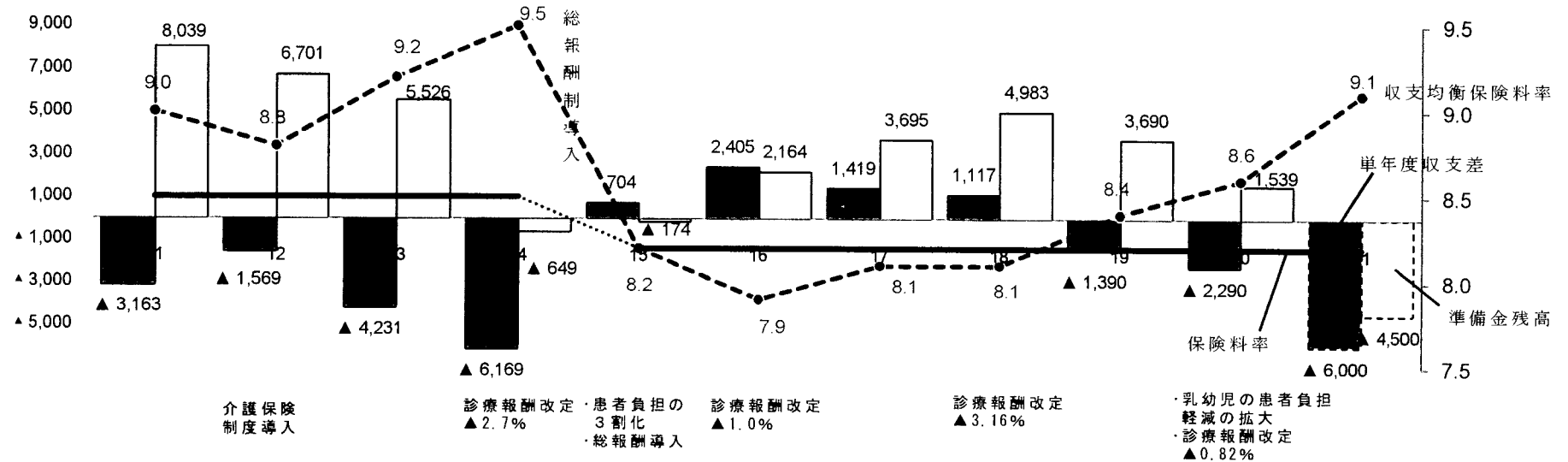
### (3) 直近の医療費支出の状況

今年度の加入者一人当たり医療費の伸びは、昨年度より高い。加えて9月後半以降、例年と違い、インフルエンザの報告数が急増している。今年度の医療費見通しについては、平成20年度の医療費の傾向を用いて推計していたが、新型インフルエンザの流行の影響を含めることとして見通しを修正。



### (4) 準備金の状況

平成18年度に5000億円あった準備金は、直近の収支状況を受け、赤字が増える見通しに修正(▲3100→▲4500億円)。



#### (5) 保険料率の見通し及び国庫補助率引き上げの要望

10月に推計した際より、当協会の保険財政の悪化が更に一段と進み、現行制度（国庫補助率13%）のままでは、来年度の保険料率は、8.2%から一気に9.9%に引き上げざるを得ない見込み。なお、保険料率の健康保険法上の上限が10%であるため、都道府県単位保険料率に係る激変緩和措置や診療報酬改定の内容次第では、必要な保険料収入を確保できない事態になる。

なお、現在の経済状況の下、保険料率の大幅引き上げは、被保険者の賃金動向や中小企業の経営環境から見て難しいと考えられることから、協会は、国に対して、法律附則で定められた暫定的な国庫補助率（13%）を法律本則上の補助率（16.4～20%）に改めるなど所要の制度改正を、10月5日と11月17日に要望している。

※ 40歳以上の被保険者に対する介護分の保険料率については、現在の1.19%から1.43%に引き上げざるを得ない見通しであったが、上記のような状況を踏まえ、これも1.48%に修正。（月収28万円の場合、労使合計で月約670円増であったが、約810円増に修正）。

協会けんぽの収支イメージ(医療分)

(単位:億円)

	20年度 (決算)	21年度			22年度			備考	
		10月時点の協会推計 (a)	直近での見直し (b)	(b)-(a)	10月時点の協会推計 (c)	直近での見直し (d)	(d)-(c)		
収  入	保険料収入	62,013	60,100	59,600	▲ 400	68,400	70,200	1,800	○左の22年度の保険料収入を基に機械的に試算した保険料率(3月改定の場合) 9.9% " (9月改定の場合) 11.6%  ※1 国庫補助率が13%から16.4%に引き上げられた場合の数値。これを基に機械的に試算した保険料率(3月改定の場合) 9.7% " (9月改定の場合) 11.1%  ※2 国庫補助率が13%から20%に上げられた場合の数値。これを基に機械的に試算した保険料率(3月改定の場合) 9.4% " (9月改定の場合) 10.6%
						※1 66,600	68,400	1,700	
						※2 64,700	66,500	1,700	
	国庫補助等	9,093	9,700	9,700	0	9,900	10,000	100	
					※1 11,700	11,800	100		
					※2 13,600	13,700	100		
その他	251	600	600	0	300	300	0		
計	71,357	70,300	69,900	▲ 400	78,600	80,400	1,800		
支  出	保険給付費	43,375	44,500	45,400	900	45,200	45,600	400	
	老人保健拠出金	1,960	0	0	0	100	100	0	
	前期高齢者納付金	9,449	11,000	11,000	0	11,900	11,900	0	
	後期高齢者支援金	13,131	15,100	15,100	0	14,800	14,800	0	
	退職者給付拠出金	4,467	2,700	2,700	0	2,000	2,000	0	
	病床転換支援金	9	0	0	0	0	0	0	
	その他	1,257	1,700	1,700	0	1,600	1,600	0	
	計	73,647	75,000	75,900	900	75,500	76,000	500	
単年度収支差	▲ 2,290	▲ 4,600	▲ 6,000	▲ 1,400	3,100	4,500	1,400		
準備金残高	1,539	▲ 3,100	▲ 4,500	▲ 1,400	0	0	0		

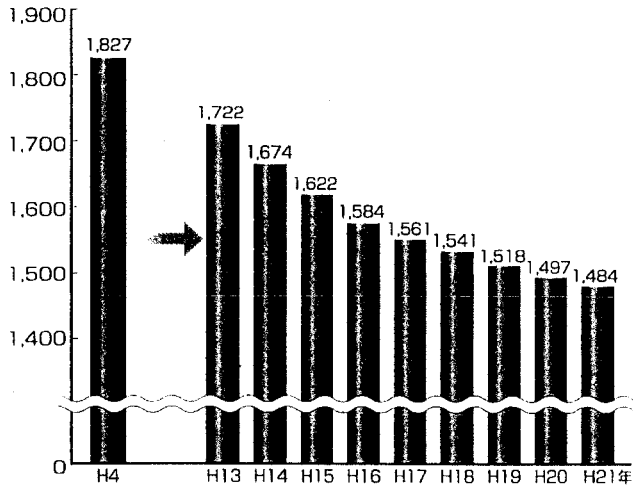
(注) 1. 従来の政府管掌健康保険の単年度収支と同様の手法で作成したもの。

2. 端数整理のため、計数が整合しない場合がある。

# 健康 保 険 組 合 の 財 政 状 況

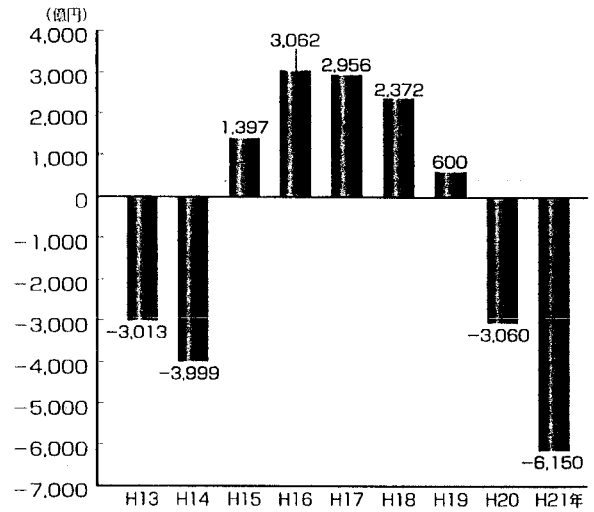
( 平 成 2 1 年 1 1 月 2 5 日 )

## 健 保 組 合 数 の 推 移



( 注 ) 平 成 2 0 年 度 以 前 は 年 度 末 、 2 1 年 度 は 1 0 月 1 日 現 在 の 数 値 で 有 る 。  
健 保 組 合 数 の ピーク は 平 成 4 年 の 1,827 組 合 。

## 経 常 収 支 状 況 の 推 移



( 注 ) 平 成 1 3 年 ~ 1 9 年 度 ま で は 決 算 、 2 0 年 度 は 決 算 見 込 み 、  
2 1 年 度 は 予 算 の 数 値 で 有 る 。

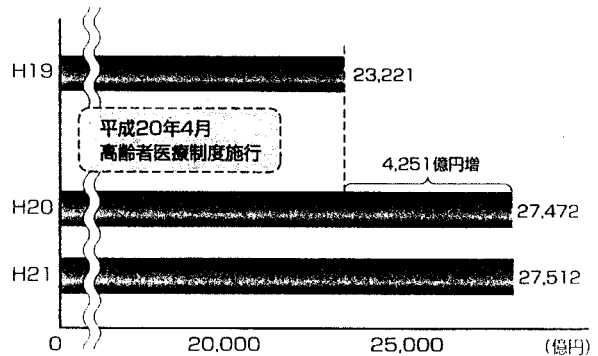
## 保 険 料 収 入 に 対 す る 納 付 金 ・ 支 援 金 の 割 合

( 平 成 2 1 年 度 予 算 )



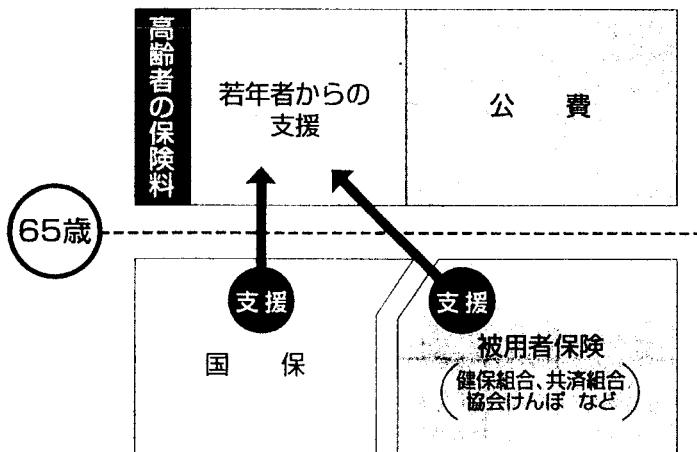
保 険 料 収 入 6 兆 7 9 8 億 円

## 1 9 年 度 、 2 0 年 度 、 2 1 年 度 の 抛 出 金 の 比 較



( 注 ) 平 成 1 9 年 度 は 決 算 、 2 0 年 度 は 決 算 見 込 み 、 2 1 年 度 は 予 算 の  
数 値 で 有 る 。

## 健 保 連 が 提 案 す る 高 齢 者 医 療 制 度



### 制 度 の 特 徴

前 期 ・ 後 期 の 区 分 を な く し 、 6 5 歳 以 上 の 高 齢 者 を 対 象 に 一 元 的 な 運 用 を 行 う 別 建 て の 制 度

- 患 者 一 部 負 担 を 除 く 医 療 費 に つ い て 、 5 割 を 目 途 に 公 費 を 投 入 す る 。
- そ れ 以 外 の 5 割 分 は 、 高 齢 者 の 保 険 料 と 若 年 者 の 支 援 に よ り 賄 う 。
- 若 年 者 か ら の 支 援 は 、 被 用 者 保 険 と 国 保 の 若 年 者 数 で 按 分 し 、 被 用 者 保 険 で は 、 公 費 投 入 を 前 提 に 負 担 能 力 に 見 合 っ た も の と す る 。

今、3000万人の国民の健康を守る「健康保険組合」は危機に瀕しています。健保組合は、平成20・21年度と2年連続で巨額な赤字を計上し、赤字組合の割合も9割を超えています。厳しい財政状態から、解散に追い込まれる組合もあり、また今後、続出することも懸念され、健保組合は今まさに存亡の危機にあります。

この未曾有の危機を招いた最大の要因は、保険料収入の5割近くを占める過重な高齢者医療制度の納付金・支援金負担にあります。高齢者医療の負担は、健保組合がその本来の使命である保険者機能を十分に発揮できる、負担可能な納得性のあるものでなければなりません。

我々は高齢者医療制度を、65歳以上を対象とし、十分な公費投入により国民全体で公平に負担する制度に改革するよう、また改革が実施されるまでの間、瀬戸際に立つ健保組合に対し、過重な負担を軽減する財政支援を継続・拡大するよう強く要求します。

「民の力」で、自主・自立を基盤に3000万人の健康を支え、かつ最も効果的・効率的に保険者機能を発揮できる健保組合は、皆保険制度の維持に不可欠です。また、財政調整・一元化は、保険者の自主性と経営努力のインセンティブを否定し、保険者機能の高度化を阻害するものであり、絶対に認められません。国民の安心確保に向けて「健康保険組合制度」を守るべく、我々は不退転の決意で臨みます。全ての健保組合は次の事項の実現を期し、組織の総意をもってここに決議します。

## 高齢者医療制度の改革と適正な公費投入の実現

高齢者医療制度は、年金、介護との整合性の面からも、前期・後期を区切らず65歳以上を対象にした新たな制度に再構築すべきです。また、その費用は、国民全体で支える観点から、国による十分な公費を中心に賄われるべきです。

## 健保組合の過重な負担を軽減する財政支援の継続・拡大

健保組合は、平成20年度3060億円、21年度6150億円と2年連続で巨額の赤字を計上し、9割が赤字組合に陥っています。その最大の要因は、高齢者医療制度の納付金・支援金の過重な負担にあります。制度が改革されるまでの間、過重な負担に苦しむ健保組合に対し、財政支援措置を継続・拡大すべきです。

## 制度間の財政調整・一元化の断固阻止

財政調整・一元化は、保険者の自主性を否定し、保険者の効率化の意欲や経営努力を低下させるものです。医療保険に欠くことのできない保険者機能の発揮を阻害する制度間の財政調整や一元化は、断固阻止します。

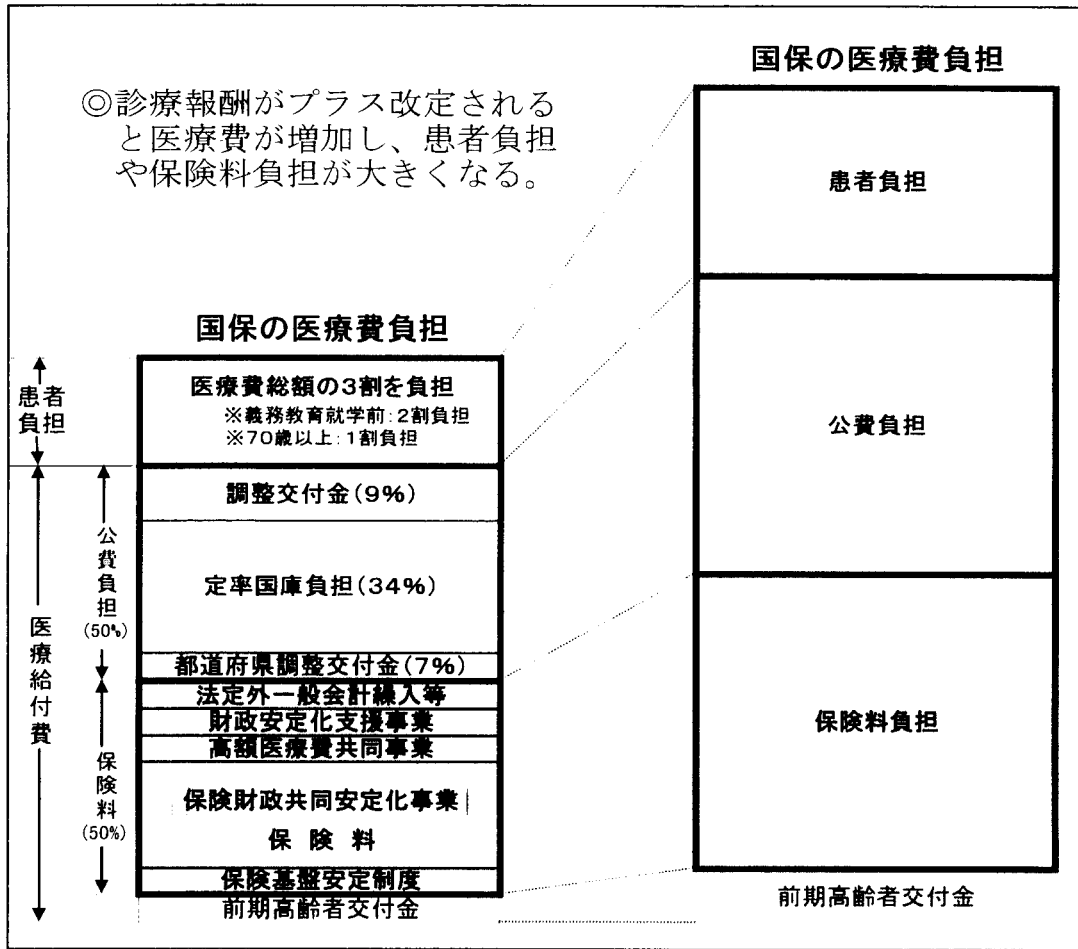
## 保険者機能を十分に発揮できる組合方式の推進

健保組合は、疾病保険的役割にとどまらず、医療費の適正化、加入者へのきめ細かい保健事業等、保険者機能を最も効果的に発揮できる保険者です。高齢化等による医療費の増大が避けられない中、限りある医療資源を有効活用するためにも、保険者機能を十分に発揮できる組合方式を推進すべきです。

# 国民健康保険の財政状況

平成21年11月25日  
国民健康保険中央会

## 診療報酬プラス改定の国保への影響



国保(市町村)の収支状況〔退職被保険者分を除く〕

(単位:億円)

	平成 11年度	平成 12年度	平成 13年度	平成 14年度	平成 15年度	平成 16年度	平成 17年度	平成 18年度	平成 19年度
収入(合計額)	69,987	73,426	78,114	79,647	82,979	83,954	85,458	89,601	95,909
支出(合計額)	68,050	71,506	75,928	79,236	81,857	82,755	84,461	88,944	96,286
収支差引額	1,937	1,920	2,186	411	1,123	1,198	997	657	▲ 377
国庫支出金精算額等	▲ 80	328	▲ 125	416	▲ 196	▲ 352	▲ 284	▲ 259	589
精算後単年度収支差引額	▲ 1,205	▲ 1,029	▲ 1,838	▲ 1,619	▲ 1,472	▲ 830	▲ 1,121	▲ 930	▲ 1,290
一般会計繰入金(赤字補填を目的とするものを除いた場合の精算後単年度収支差引額)	▲ 3,225	▲ 3,284	▲ 4,141	▲ 3,936	▲ 3,855	▲ 3,288	▲ 3,697	▲ 3,343	▲ 3,846
(参考)老人保健拠出金	23,686	21,936	25,062	27,931	25,263	22,361	20,488	18,771	17,998
単年度収支差引額 赤字・赤字保険者数	総数	3,245	3,242	3,235	3,224	3,144	2,531	1,835	1,804
	黒字保険者数	1,278	1,520	1,223	1,173	847	1,036	666	521
	赤字保険者数	1,967	1,722	2,012	2,051	2,297	1,495	1,169	1,283
	(割合)(%)	60.6	53.1	62.2	63.6	73.1	59.1	63.7	71.1

(注) 1. 厚生労働省資料による。

2. 平成14年度は、市町村の国保特別会計の会計年度区分の見直し(4月～3月診療ベースから3月～2月診療ベースへ)があり、11ヶ月決算であるため、保険給付費等について平成15年3月診療分を加え12ヶ月分とした上で算出している。



## 決 議

本日ここに、全国の国民健康保険関係者が一堂に会し、国民健康保険が当面する諸問題の改善を期して、国保制度改善強化全国大会を開催し、慎重審議した結果、次のとおり満場一致これを採択した。

国は、国民健康保険制度の現状を踏まえ、次の事項を必ず実現されるよう本大会の総意をもって強く要望する。

### 記

- 一、 医療保険制度の一本化の実現
- 一、 医療保険制度改革の検討における地方自治体の意見の尊重
- 一、 高額医療費共同事業・保険基盤安定制度・財政安定化支援事業など国保財政基盤強化策の継続実施と一層の拡充強化
- 一、 診療報酬体系の合理化の推進及び高齢者の特性に着目した報酬体系の確立
- 一、 医師確保対策の強力な推進及び地域医療体制の充実・強化
- 一、 特定健診・保健指導の効率的な推進、円滑な対応に向けた保健師等の十分な人材確保及び所要の財政措置の確立
- 一、 後期高齢者医療制度について、特別対策を含め十分な広報と必要な財源の確保
- 一、 被保険者資格喪失情報届出の義務化
- 一、 国民健康保険組合の健全な運営の確保

右 決議する。

平成二十一年十一月十九日

国保制度改善強化全国大会

## 第 3 2 回～第 3 4 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」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、保険財政を十分踏まえて改定を行うことについて、きちんと位置づけるべき。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いといけない。(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、こういった審議会で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。無床診療所も最近は減ってきている。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)

## 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 斉藤参考人・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方がいいが、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と。(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るの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)
- ④ 後発医薬品は安い、信頼できないという人も多い。先発品が10年経ったら、ジェネリックと同じ価格くらいにまで下げてはどうか。今は患者にとって二つの薬があり、わかりにくい。(21. 11. 16 高原委員)
- ⑤ ドラッグラグ、未承認薬、適用外使用などの問題については、患者団体、学会等が個別の問題解決の努力をしているが、本来は診療報酬の基盤となっている薬価基準の仕組みとして、未承認薬、適用外使用の問題が生じにくい薬価制度を検討する必要がある。(21. 11. 16 安部参考人・日本薬剤師会)
- ⑥ イノベーションの評価については、国民にとって必要かつ有用な新薬開発、適応症の拡大に対するためのインセンティブをどのような仕組みで確保するかも重要。(21. 11. 16 安部参考人・日本薬剤師会)
- ⑦ 後発医薬品との価格のバランスも大事だが、イノベーションも大事であり、両



方で評価することが大事。(21. 11. 16 藤原参考人・経団連)

- ⑧ 後発医薬品の促進とあるが、先発品の方が高いという現在の状態を前提にした議論をするということか。例えば、特許が切れれば同じ価格にするとか、先発薬の価格を下げるということでも薬剤費の削減は実現できる。医療の状況も変わったし、政権も変わったので、そういうことも含めて議論するということも考えられるのではないか。(21. 11. 16 岩本委員)
- ⑨ 未承認薬・適応外薬について、海外で使用が認められている抗がん剤、難病薬について、早期承認、保険適用について患者さんからも強い要望がなされている。医療上必要な医薬品の未承認については、早期解消に資する薬価制度にすべき。(21. 11. 16 逢見委員)

## 8 歯科医療

- ① 国民は今、安心できる社会保障を求めている。歯科医療は生活の基本を支える医療であり、健康長寿の実現に資する。平成20年度改定では、在宅医療の推進の一貫として、在宅での歯科医療の充実を掲げて頂いたが、まだ不十分。次期改定では、多くの歯科診療所が在宅医療のネットワークに入り、住民の安心の確保に貢献できるよう配慮してほしい。(21. 7. 15 渡辺委員)
- ② 平成8年から平成19年まで、歯科医療費は2兆5千億円程度で推移している。1診療所単位で見ると、この間に保険収入は約15%の減収となっているとの調査結果もある。十分な改定率をもって重点的に評価していただきたい。(21. 7. 15 渡辺委員)
- ③ 安全・安心の生活を支えるために歯科医療が重要。骨太2009において8020運動の推進が記載されている。これは平成元年から提案して行ってきたもの。現在、8020達成者は25%を超えた。さらに、50%を目標にして、QOLの高い社会を目指す所存。(21. 8. 27 渡辺委員)
- ④ 歯科は、長年にわたり一般医療費の中で伸びが低い。8020運動の促進には、ヘルス事業だけでなく、歯の保存と口腔の機能を維持する歯科医療の充実が必要。重症化予防も必要だが、まだまだ不十分。(21. 8. 27 渡辺委員)
- ⑤ 歯科医療の特性、臨床実態を踏まえた技術の評価が必要。小児期から高齢期までライフステージに沿った健診、治療、管理が必要。小児期においては、正常な発育を支援する観点からも重要だし、在宅歯科医療も求められている。(21. 8. 27 渡辺委員)
- ⑥ 在宅歯科医療は、医師や家族との連携と周知が不足している。そのため、ニーズが把握できていない。また、診療の困難さと実情を踏まえた評価が必要。(21. 8. 27 渡辺委員)
- ⑦ 口腔ケア後の手術が効果的といったデータもあり、口腔ケアの評価の必要性を感じている。(21. 8. 27 渡辺委員)
- ⑧ 歯科は国民の生き甲斐と生活そのものを支える医療であり、QOLを高める。

そのためには、歯を残し、機能を回復し、高め、維持していくことに対して重点的に評価し、充実を図る必要がある。(21. 11. 16 渡辺委員)

- ⑨ 資料4の視点の(4)重症化の予防とあるが、歯科医療においては、ライフステージに応じた検診は非常に重要。予防が図れば、QOLが高まるとともに、医療費の節減にも繋がる。(21. 11. 16 渡辺委員)
- ⑩ 高齢化社会においては、在宅医療、在宅歯科医療はさらに進めないといけない。それぞれ独立しつつも、介護も含めて連携を図ることが重要。(21. 11. 16 渡辺委員)

## 9 その他の診療報酬

- ① 「同一のサービスは同一の点数」という公平性の観点からも、病院と診療所の再診料は同じ点数が基本であり、それなら患者も納得できる。(21. 8. 27 対馬委員)
- ② 再診料の病診格差の話が出たが、これはキャピタルコストを病院の方がより薄く広く乗せることができるためである。(21. 8. 27 藤原委員・日医)
- ③ 病診格差については、患者の行動原理に影響が出るものであり、機能分化の推進のためにも、是正が必要。(21. 8. 27 逢見委員)
- ④ 愛知県でも勤務医数が少なく過重労働が問題になっている。医療クランクの点数を新設していただき評価をしているが、もっと使いやすい制度にしてもらえるとうありがたい。(21. 8. 27 岩田参考人)
- ⑤ 医療の標準化が進んでいるものは、包括化が必要。(21. 8. 27 逢見委員)
- ⑥ 平成15年3月の閣議決定の「基本方針」には、「医療技術の適正な評価」、「ドクターフィー」的要素が盛り込まれたが、この基本方針に沿って今後の方向性を考えるべき。技術料を上げても、医師に還元されていない。ドクターフィー的要素を勘案することで、診療科の偏在、勤務医不足などに対応できるのではないか。(21. 11. 16 藤原委員・日医)
- ⑦ 病院対診療所を対立軸でとらえるのは問題だが、患者の側からみて同じサービスなのに再診料が違うのは患者の受診行動にネガティブな影響を及ぼす可能性がある。病診という構図の中では是正するのは一つの方向としてあると思う。(21. 11. 16 和田委員)
- ⑧ 「患者からみてわかりやすく納得でき、安心・安全で、生活の質にも配慮した医療を実現する視点」というのはまだ不十分。看護職は病院の中で最大の集団。もっと活躍の場を与えてほしい。QOLに貢献できるし、医療費の削減にも繋がる。急性期からリハビリ看護を丁寧に実施すれば、廃用症候群を予防できるし、良い状態で在宅に退院させてあげられる。看護の視点から、改定に目を向けてほしい。(21. 11. 16 紙屋委員)
- ⑨ 地域に患者さんが移るときに間がすっぽり抜けてしまう。そのときに、海外でもやっているナースィングホームをモデル事業として取り上げてもらえれば、QO

しの向上、医療費の削減にも貢献できる。(21. 11. 16 紙屋委員)

- ⑩ 病院薬剤師については、従来は医薬品の管理、調剤などの役割を担っていたが、近年は、処方設計への情報支援、投薬する際のプロトコールの共同作成、抗がん剤・抗リウマチ薬などの薬剤について患者への事前の情報提供、副作用のモニタリングの医師への提案など、医師の治療への支援が重要な役割。これにより、医療の質、患者の満足度の向上と同時に、勤務医の負担軽減にもなる。がんなど8分野で専門薬剤師の育成をしている。(21. 11. 16 安部参考人・日本薬剤師会)
- ⑪ 医療機関の病棟における薬剤師の増員が必要。増員によって、医師の負担軽減も可能になるのではないか。増員を担保する診療報酬上の評価についても、薬剤師の個別の評価とともに、いつでも多くの病棟で支援業務ができる体制に着目した評価を考える必要がある。(21. 11. 16 安部参考人・日本薬剤師会)
- ⑫ 医療機関同士の連携を重視した改定を是非やってほしい。(21. 11. 16 藤原参考人・経団連)
- ⑬ 回復期リハについては、是非アウトカムの評価も視点に入れて診療報酬に反映してほしい。(21. 11. 16 藤原参考人・経団連)
- ⑭ 急性期医療、新型インフルエンザ等の感染症対策として、受け入れ患者の優先順位をつけるトリアージも重要。これからインフル患者も急増することが予想されるので、専任者配置への評価を検討すべき。(21. 11. 16 逢見委員)
- ⑮ 認知症は、早期発見・早期治療が重要。長谷川式スケールは、潜在している認知症の患者を見つける非常に簡便な方法で、一定の評価も得られているが、今は包括の評価になっているので、これを評価の対象にしてほしい。もう少し地域の中小病院との連携をしっかりとすることも必要。(21. 11. 16 藤原委員・日医)
- ⑯ 患者の視点に立った訪問看護ステーションの充実が求められる。現状では、同じ在宅にあって医療保険適用と介護保険適用の場合、または介護保険から医療保険に移行する場合、負担率が異なることによる経済的な段差は継続的なサービス提供を困難にするものである。認知症対策でも非常に重要な視点。(21. 11. 16 藤原委員・日医)
- ⑰ 専門(認定)看護師については、感染、褥瘡はすでに評価いただいているが、糖尿病、小児のトリアージ、リハビリテーション、精神科の専門看護師等すでに看護界は準備をしているので、是非診療報酬改定で検討してほしい。(21. 11. 16 紙屋委員)

## 10 診療報酬と補助金

- ① 救急などは予算措置がなされているが、診療報酬との重複がないように役割分担の明確化が必要ではないか。(21. 7. 15 斉藤委員)
- ② 予算で対応しているところ、診療報酬でみるところの役割分担も考えるべき。(21. 7. 15 小林委員)
- ③ 医療提供体制の整備を、診療報酬による手当のみで行うには限界があるため、

補助金・公費による手当について、地方自治体のお金も含めて検討すべきである。

(21. 8. 27 藤原代理人・経団連)

- ④ 診療報酬と医療提供体制が関係しているのは確か。診療報酬の加算で、提供体制や医療機関の行動に影響を与える部分はある。大きく変わったのは、地方分権が進み、補助金が一般財源化されたこと。地域が一般財源を使って医療提供体制を整える方針に変わっている。その中で、診療報酬がどこまでやるべきか。医療提供体制の責任主体のあり方の変化を踏まえて、診療報酬での対応のあり方を改めて考えてみないといけない。診療報酬、一般財源、補助金の配合で、各地域に合った対応が必要。(21. 8. 27 岩村委員)

## 11 その他

- ① 診療報酬の見直しの基本方針は、総額のプラス・マイナスが出る前に策定することとされているのが悩ましい。プラス・マイナス両方をにらむことになるから、基本方針の記述は慎重に検討することになるだろうか。(21. 7. 15 岩本委員)
- ② 医療費の配分の件について、勤務医と診療所の院長の給与の差について、現状が適切なのか。適切でないなら、どの程度なら適切なのかを見える形で示してほしい。診療所の経営者は、経営リスク、管理責任を負い、交代もできない。年齢についても考慮がされていない。労働時間についても、40歳以上では診療所医師の方がいずれも長い。また、開業医は、学校医、夜間診療所当番、介護保険審査会の担当など様々な地域医療活動をしているので、そうしたことを勘案するとそれほど差はないのではないか。病院だけでなく、診療所も危機的な状況にある。(21. 11. 16 藤原委員・日医)
- ③ 開業医で勤務医を経験していない人はおらず、勤務医の厳しさはわかっているし、開業医になって楽になっていない。当方の医師会では、医師がいなくなった小児科の基幹病院に開業医が入って、協力して診療体制を組んでいる。開業医と勤務医の年収のみで比較し、その診療報酬に差をつけるのはやめてほしい。このような基準で診療報酬を下げると、勤務医ばかりでなく、開業医の立ち去りも起こるだろう。(21. 11. 16 高原委員)
- ④ 勤務医の給料はもう少し上げてもいい気はするが、開業医か勤務医かという議論は利用者からみてどうかと思う。(21. 11. 16 樋口委員)
- ⑤ 病院でも5時に帰る人もいるし、診療所でも休みなく働いている人もいるので、病院か診療所かという構図ではなく、それぞれの医療従事者について、きめ細かく見ていき、負担があるところに手当していく必要がある。そうすれば国民の理解も得られるし、このパイではどうしようもないということも部会として書き、理解を求めていくこともあるのではないか。(21. 11. 16 和田委員)
- ⑥ 「勤務医の負担軽減」は重要な視点。急性期病棟の看護師も長時間勤務となっており、勤務医だけでなく、看護師の負担軽減も重要。(21. 11. 16 逢見委員)
- ⑦ がん医療の推進について、化学療法、放射線療法等の評価を引き続き評価して

ほしい。がん登録について、診療報酬に入るか微妙だか、評価を考えてほしい。  
(21.11.16 藤原委員・日医)

## II 診療報酬以外

- ① これから高齢化社会で医療費が増大していく。診療報酬の相互扶助の仕組みにも限界があるのではないか。各自の自助努力についても検討が必要なのではないか。(21.7.15 斉藤委員)
- ② 社会保障費の国際比較を見ると、日本は決して高くない。(21.7.15 樋口委員)
- ③ 昨年富山県に行ったら、救急搬送のその年度増加分の9割が高齢者であった。在宅の高齢者医療が不十分なこと、また、老健施設や特別養護老人ホームで救急対応できないために、救急車の要請をしている場合が多いのではないか。これで若い人の救急の受診機会を奪うことがあってはならない。(21.7.15 樋口委員)
- ④ 少子化対策などの若い世代のための財源を奪うようなことがあってはならない。あるべき日本の姿を議論し、必要な財源は作るべきだ。(21.7.15 見坊委員)
- ⑤ 後期高齢者の制度は、何故75歳でわけたのか、今でも疑問だ。医療の内容は連続しており、75歳の前後で変わるわけではない。(21.7.15 見坊委員)
- ⑥ 高知県には療養病床が一番多い。療養病床の新型老健などへの移行の方針は、当初の極端な方針からゆるやかになってきてはいるが、いわゆる医療難民をださないように慎重な取扱いを要望したい。(21.8.27 岡崎委員)
- ⑦ 4つの視点はそのとおりだが、現実的なところが欠けている。救急医療を担う医師が不足しているのが地域の実態。医師が偏在しているのではないか。小さな医療圏の患者を他の医療圏では受け入れてくれない。医療圏間の協定が必要だが、簡単にはいかない。診療報酬だけでどうにかなるかは疑問。医師の適正配置が重要。(21.8.27 山本委員)
- ⑧ 公立病院はなぜ赤字になるか。地方は高齢者が多いが、高齢者は様々な診療が必要であるため都市部の病院に行ってしまう、患者がいない。大学による医師派遣が必要。医師偏在が生まれないようにしないといけない。(21.8.27 山本委員)
- ⑨ 過疎化、高齢化は地方都市で起きている。医師を1.5倍にしてもそういった地方に配置されなければ問題は解決しない。(21.8.27 西村委員)
- ⑩ 生活保護が急激に増えているのは大都市部。これは単身高齢者の増加が原因。高齢化により都市部で急激に高齢者が増えることを考えれば、地方も大変だが、大都市部の急速な高齢化が一挙に医療費を押し上げることに留意しなければならない。(21.8.27 岡崎委員)
- ⑪ 高額療養費は複雑であり、見直しが必要。(21.8.27 逢見委員)
- ⑫ 白血病に関しては、患者の負担が大変重く、高額療養費の特定疾病への追加など様々な要望をしている。(21.11.16 大谷委員)

- ⑬ 患者の負担軽減に関して、基本方針の中に一項目入れて、がん治療の方々の負担軽減のために盛り込んでいただけるよう議論をしてほしい。(21.11.16 大谷委員)

## 第 8 回及び 9 回社会保障審議会医療部会 各委員の発言要旨

## I 診療報酬関係

## 1 4つの視点、「選択と集中」(全般)

- ① 資料に「平成 22 年度改定の基本方針においても同様の構成とすることが考えられる」とあるが、これが 4 つの視点のことを指しているのであれば反対。この視点は、医療費削減の考え方に基づいた平成 18 年改定のときの視点だ。「医療を効率的に提供」というのは医療費を削減するという意味であり、「医療費の配分の中で効率化余地があると思われる領域の評価のあり方について検討」というのは財政中立という意味だ。(21. 8. 26 中川委員)
- ② まさかマイナス改定はないだろうが、今までの方針を見直した方がよいのではないか。(21. 8. 26 水田委員)
- ③ 4 つの視点だけを見ると当然のように思われるが、18 年の視点は 2,200 億円シーリングや▲3.16%など医療費を抑制するという考え方のもとで作られたものなので、もう一度議論し直すべき。その後に各論の議論をすべき。(21. 8. 26 西澤委員)
- ④ この当然ともいえる基本方針は、安易に変えるべきものではなく、医療サービスの提供側がぶれずに常に意識しておくべきものであろう。その上で問題は、具体的な中身と評価だと思う。(21. 8. 26 堤委員)
- ⑤ 健保組合数は、最大で 1800 組合ほどがあったが、現在は解散する組合が多く、1500 組合を切ってしまった。22 年度改定ではバランスのとれた選択と集中といった観点から改定が必要。全体の底上げアップを受け入れられる状況ではない。(21. 8. 26 高智委員)
- ⑥ 基本方針の検証についての資料を出していただき、この検証の評価を踏まえた基本方針にすべきだが、前回に引き続きこの「視点」は必要。2 回の改定だけでは改善できない。これに新たな視点を加えるかどうか。(21. 8. 26 小島委員)
- ⑦ 4 つの視点以外に、緊急課題も当然入れるべき。(21. 8. 26 村上委員)
- ⑧ 「終末期医療」を含め、後期高齢者医療の診療報酬についても、医療部会で議論する必要がある。(21. 8. 26 小島委員)
- ⑨ 「誰もが安心・納得して、質の高い医療を効率的に受けられる」という文言の中に、「どこでも」を入れたい。大都市でも中小都市でも地方でも、そのときどきに必要な医療を受けられるようにすることが重要だ。(21. 8. 26 竹嶋委員)
- ⑩ 18 年度に定められた基本方針について、確かにその当時とは情勢は変わっているし、国民の意識も変わってきている。これを踏まえて、基本方針をどう変えていくか。基本方針の中に目標を設定するという方法もあるだろうし、地域医療の崩壊を防ぎ、国民に安心、安全な医療を提供するといった視点もあるだろう。

また、医療と介護との連携といった視点が足りない。(21. 8. 26 部会長代理)

- ⑪ 救急医療の体制の確保のためにも後方支援は必要だし、急性増悪した在宅患者を救急医療に送らないで済むようにするためにも、訪問看護と併せて在宅医療の充実が重要。(21. 8. 26 部会長代理)
- ⑫ 提出資料にあるように、医療の質や医療安全の推進、医療の「見える化」のための診療報酬の配分や、医療の均てん化のために、医師不足の地域には係数をかけるなどの制度も必要であると考えます。(21. 8. 26 海辺委員)
- ⑬ 10年20年後の医療のあるべき将来像を考えるべき。その際には、平成20年6月26日に日本学術会議から要望された「信頼に支えられた医療の実現—医療を崩壊させないために—」を考慮すべき。(21. 8. 26 海辺委員)
- ⑭ 診療報酬改定の目標を提示しなければならない。改定によって、不採算部門は採算が取れるようになったのかをまず検証し、採算が取れていても勤務医の過重労働が解消されない場合は、診療報酬だけではなく、別の対策も講じる必要がある。検証の結果をみても、勤務医の労働環境は改善するよりむしろ悪化しており、個別目標を立て必要な対策を講じないといつまで経っても同じである。(21. 8. 26 海辺委員)
- ⑮ 基本方針の実施状況で、様々な点数を新設や充実したというが、どれだけ効果があったのか疑問。医者は増えたのか、奪い合いが起こっているのではないのか。アウトカムが見えない中で、議論を行うことはできるのか。(21. 8. 26 水田委員)
- ⑯ 平成20年度の基本方針への対応状況の資料には、平成20年度改定によって取り入れられた各評価の実施状況が記載されているが、むしろ、診療報酬改定がサービス水準にどう結び付いたのか、治療の結果はどうだったのか、といったアウトカム評価が重要である。できれば地域ごとにそれぞれの状況に応じた評価軸を作れば良いが、なかなかそれは難しいだろう。(21. 8. 26 堤委員)

## 2 救急・産科・小児科医療

- ① 救急や産科・小児科のあり方について、骨太では、「選択と集中」とあるが、1箇所に集めていくことに関しては一概にこれがいいとは限らない。点だけではだめで面として整備していかなければならない。(21. 7. 9 竹嶋委員)
- ② DPCにおいて、小児に特有な医療を機能評価係数により評価してほしい。(21. 7. 9 加藤委員)
- ③ 病院の小児科は不採算。大きな拠点病院を持てばよいというが、地方では、結局その病院に行くのに3時間も4時間もかかってしまう。地域の小児科を手厚くしないと地域格差が広がってしまう。(21. 7. 9 加藤委員)
- ④ 在宅介護は高齢者だけのものと捉えられがちだが、そこに小児も入れて欲しい。急性期治療を終えた小児で長期に入院している患者について、こういった患者のレスパイトを医療保険で見ることができれば、病院に入院する必要がなくなり、小児の病棟が長期入院の患者で一杯になることはなくなる。(21. 7. 9 加藤委員)



- ⑤ 小児を含めた在宅医療が大きな問題。在宅医療を支える視点で、ショートステイを医療において導入していけばよいのではないか。(21.7.9 齊藤委員)
- ⑥ 救急・産科・小児科への対策が指摘されているが、平成17年度、平成19年度の議論の時にも、同じような資料が出ている。3年経ったらそれなりの成果が出てよいのではないか。(21.8.26 海辺委員)
- ⑦ 「救急・産科・小児科」だけで十分なのか、不採算となっている部門はどこなのか。どこの診療科も大変なのではないか。(21.8.26 海辺委員)
- ⑧ 「救急・産科・小児科だけでよいのか」という意見に賛成。(21.8.26 中川委員)
- ⑨ 救急の評価、特に小児の救急の更なる評価が必要。年齢が低いほど、技術に習熟度が必要で時間もかかる。大人以上にマンパワーが必要。小児救急の受け皿も必要。(21.8.26 加藤委員)
- ⑩ ハイリスク分娩の評価があるが、それに付随して新生児にも同様のリスクがある。新生児医療の体制も十分な評価が必要。(21.8.26 加藤委員)
- ⑪ 小児救急で、医療機関の医師が患者を受け取るために他の医療機関に出向いていって、搬送中から医療を行う事例があるが、この際の出向いて受け取りに行く側の適正な評価が必要。(21.8.26 加藤委員)
- ⑫ 小児の在宅医療には看護師の研修が必要であり、そのための評価をすべき。また、在宅医療で用いる医療材料についても、訪問看護療養費などで評価してほしい。急変した在宅医療の患者を受け入れる医療機関の体制の評価が必要。(21.8.26 加藤委員)
- ⑬ がん、DPC、在宅医療、看取り、疼痛緩和などについても、小児をきちんと評価してほしい。(21.8.26 加藤委員)
- ⑭ 子どもの心のケアについては、入院は評価が低い。外来も長時間、夜中まで対応している病院、診療所が多いので、評価が必要。(21.8.26 加藤委員)
- ⑮ 日本では1歳から4歳児の死亡率が高いという資料にショックを受けた。問題点の所在を研究・調査して、何らかの手を打たないといけない。(21.8.26 高智委員)

### 3 内科

- ・ 外科医不足の話があるが、内科医も不足している。地方では、内科医不足のために病院を閉鎖している。入院料の引き上げが必要。(21.8.26 村上委員)

### 4 外科

- ① 医師が増える中で、外科医は話題の産婦人科医以上に減っている。ハイリスクローリターンで、つぶしもきかない。様々な原因があるが、診療報酬の手術手技料の点数が低すぎるので上げてほしい。(21.7.9 邊見委員)
- ② 外科医不足は深刻だが、40代の医師が沢山いるため、30代の医師が減って

きているのがわかりにくい。一人前になるのに10年かかると言われており10年後が心配である。また、修業が長いので希望者が少ない。(21.8.26 邊見委員)

- ③ 診療報酬点数表を外国人に見せると、安いと驚かれる。特に手術などの技術料が安すぎる。この状況を解決するには、どういう体制やチームで医療を行うか、を考えなければいけない。「物より技術、技術よりシステム」という視点が今後の診療報酬の考え方ではないか。(21.8.26 邊見委員)

## 5 精神科

- ・ 精神の入院基本料は低い。(15対1の場合)結核より860円も安い。検証して欲しい。(21.7.9 山崎参考人)

## 6 在宅医療

- ① 在宅医療も効率的に提供することが重要。暮らしを支える医療には、訪問看護のあり方がカギとなる。(21.8.26 齋藤(訓)委員)
- ② 在宅歯科医療が重要だが、地域の医療関係者との連携が充分ではなく、認知度が低いといった課題がある。総合的な取組が必要。また、在宅患者に対する入院歯科医療の提供体制を十分確保することも重要。地域の受け皿となる医療機関の評価も必要。(21.8.26 近藤委員)

## 7 チーム医療

- ① 30種くらいの職種によって病院医療がなされているが、それぞれの評価がなされていない。前回改定において、事務クレークや臨床工学技士、MSWの退院支援などは評価されたが、まだたくさんある。(21.7.9 邊見委員)
- ② 患者の状態の悪化を防止することが重要。視点でいえば、効率的な医療の提供に該当するのではないか。医療機関間の連携も必要だが、感染症対策や合併症の予防など、医療機関内で行えることもある。そのためには、看護師が患者の状態を評価し、その後の状態変化の予測に基づき、看護を実践することが必要だが、高度な判断が必要。専門看護師や認定看護師は増えており、そのような看護師がいる病院では回復が早まっているという事例もある。専門看護師、認定看護師の配置についても、方向性として明確にしてほしい。(21.8.26 齋藤(訓)委員)
- ③ 勤務医対策として、看護師ができることは前向きに行っていききたい。そのためにも、看護補助者も含めた役割分担の視点が必要。事務クレークのように、看護補助者も評価できないか。(21.8.26 齋藤(訓)委員)
- ④ 勤務医の負担軽減を含めてチーム医療にどう取り組むか。また、どのような形でそこに薬剤師が関わっていくかが重要。まずは仕組みを考えないと、薬剤師が入っていけない。すぐに診療報酬で評価するのは難しいかもしれないが、医薬品の供給体制についてどうあるべきかを考えることが必要。(21.8.26 山本(信)委員)

## 8 勤務医負担軽減

- ① 医療セクレタリィーは、その費用を診療報酬で見ないと定着しない。(21.7.9 海辺委員)
- ② 医師不足の問題について、安心・安全を前提とした上での役割分担の推進が必要。通知により、実力のあるナースには、トリアージや外来を任せられるようになってきているので、今後、評価の対象になるのではないか。(21.7.9 齊藤委員)
- ③ 奈良県の裁判で判決が下され、時間外勤務に対する給与支払が命ぜられたが、これを支払うとなると病院経営に大きな影響が出る。この判決により、地域の入院医療はどんどん崩壊していく。入院基本料を増点してほしい。(21.7.9 村上委員)

## 9 医療安全

- ・ 医療安全確保については、医薬品をどうコントロールするのかという視点が重要。情報提供・品質管理など医薬品を安全に提供できる体制を構築すべき。(21.7.9 山本委員)

## 10 有床診療所

- ① 6月中旬に有床診議連が要望を出していたが、これは前向きに評価してもよいのではないか。(21.7.9 渡辺委員)
  - ※診療報酬に関する要望内容
    - ・ 入院基本料の全体的な引き上げ
    - ・ 入院基本料の逡減制の変更
    - ・ 2段階の看護配置基準を、4人未満、4～7人未満、7人以上の3段階に変更し、実態に近い評価に変える
    - ・ 複数医師配置加算の引き上げ
    - ・ 入院時医学管理加算の新設
- ② 2年前の改定で、救急・産科・小児科を評価したが、その後方の受け皿となるべき一般の病院や、有床診、クリニックなどの評価は、財源の問題もありできなかった。特に有床診療所を活かしていきたい。(21.8.26 竹嶋委員)
- ③ 国民の病床に対する意識調査では、国民が考える最重点課題は、2006年には救急医療体制の整備であったが、2008年には高齢者が長期入院する施設となっている。(21.8.26 竹嶋委員)
- ④ 有床診療所は現在、約11,000施設にまで減ってきており、このままでは崩壊してしまう。有床診の入院基本料は2,800円というものもあり、安すぎる。有床診は、24時間の緊急時の対応の中で、入院施設としても、在宅医療支援などいろいろな機能を担っている。貴重な医療資源を活用すべきである。(21.8.26 竹嶋委員)

- ⑤ 今後、医療提供体制を議論するこの医療部会で、もっと有床診療所の位置づけ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)

## 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。小児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)

## 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。こういった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)

### 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)

### 14 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)

## 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と。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)

### 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。コンビニ診療を減らすべき。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 サッカーや野球のようなファンクラブが、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

- ・ 医療は提供者だけではなく国民のためであるし、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)

#### 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

ばよいというものではなく、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)

#### 〔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 遊見委員)
- ・ 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やるしかない。(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)

### 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う話があるが、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)

## 行政刷新会議「事業仕分け」第 2WG 評価コメント（抜粋）

### <入院時の食費・居住費のあり方>

- 一般病床でも460円で構わない。
- 入院時の食費は安価である。小学校給食でさえ全国で360 円程度の材料費が必要。病院ではさらに調理コスト(人件費、高熱水道費等)がかかっている。再調査が必要では。市場価格と違うのでは。
- 入院時の食費・居住費については、コスト負担の考え方からも自己負担の検討が必要。
- 入院時の食費については、医療保険外にした場合、栄養管理やカロリーコントロールができなくなる可能性もあり慎重にすべき。
- 負担は安い方がいいが食材費は質とバランスをとる必要がある。

### <市販類似薬と類似した医療用医薬品について>

- 市販品類似薬は保険対象外とすべき。単価比較をすれば、市販品の方が安くなるデータもある。
- 市販品を拡大して、保険適用外にするのは賛成だが、薬局だけでなく、スーパー、コンビニ、ネットで買える製品のスコープを広げて欲しい。