

〔平成21年12月3日(木)
15時30分～
大手町ファーストスクエア
カンファレンス Room C〕

第11回

社会保障審議会医療部会

議事次第

- 平成22年度の診療報酬改定に向けた検討について
- その他

(配布資料)

資料1 平成22年度診療報酬改定の基本方針(案)

(委員提出資料)

加藤委員提出資料
竹嶋委員提出資料
中川委員提出資料

(参考資料)

参考資料1 第8回～第10回社会保障審議会医療部会
各委員の発言要旨
参考資料2 第32回～第35回社会保障審議会医療保険部会
各委員の発言要旨

第11回社会保障審議会医療部会

平成21年12月3日(木)
15:30~
大手町ファーストスクエアカンファレンス
ファーストスクエアイーストタワー2F

速記席

医事課長局
医政課長局
看護課長局
山本(信)委員
村上委員
邊見委員
西澤委員
中川委員

医政局長
医療指導課長
医療制度調整官
医政局長
医政局長
審議官
保険医療局長
保険医療企画調査室長
保険企画官

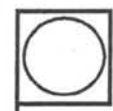
藤原訓子委員
堤委員
(藤原参考人)
辻本委員
部会長
部会長代理
竹嶋委員
(今村参考人)
岐島委員
近藤委員

経政局長
医政研究開発振興課長局
上(石田参考人)委員
海辺委員
尾形委員
小島委員
加藤委員
高智委員

(随行者席)

(傍聴席)

受付



(平成21年11月19日現在)

社会保障審議会医療部会委員名簿

氏名	所属
上田 清司	全国知事会（埼玉県知事）
海辺 陽子	NPO法人がんと共に生きる会副理事長
大西 秀人	全国市長会（香川県高松市長）
尾形 裕也	九州大学大学院医学研究院教授
小島 茂	日本労働組合総連合会総合政策局長
※加藤 達夫	国立成育医療センター総長
高智 英太郎	健康保険組合連合会医療部長
近藤 勝洪	（社）日本歯科医師会副会長
齋藤 訓子	（社）日本看護協会常任理事
◎※齋藤 英彦	名古屋セントラル病院院長
鮫島 健	（社）日本精神科病院協会会長
水田 祥代	九州大学理事・副学長
※竹嶋 康弘	（社）日本医師会副会長
○ 田中 滋	慶應義塾大学経営大学院教授
辻本 好子	NPO法人ささえあい医療人権センターCOML代表
堤 健吾	（社）日本経済団体連合会社会保障委員会医療改革部会部会長補佐
中川 俊男	（社）日本医師会常任理事
西澤 寛俊	（社）全日本病院協会会長
樋口 範雄	東京大学法学部教授
日野 頌三	（社）日本医療法人協会会長
邊見 公雄	（社）全国自治体病院協議会会長
村上 信乃	（社）日本病院会副会長
山本 信夫	（社）日本薬剤師会副会長
※山本 文男	全国町村会会長（福岡県添田町長）
※渡辺 俊介	国際医療福祉大学大学院教授

※：社会保障審議会委員

◎：部会長 ○：部会長代理

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使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、医療クレー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

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。

平成21年12月3日

社会保障審議会医療部会
部会長 齋藤 英彦 殿

社会保障審議会医療部会
委員 加藤 達夫
(国立成育医療センター総長)

平成22年度診療報酬改定の基本方針（案）について

標記につきまして、以下のとおり意見を提出します。

1. 「平成22年度診療報酬改定に係る基本的考え方」について

今までの医療部会の議論を踏まえて整理されているものと考えます。

2. 平成22年度診療報酬改定の基本方針1. 重点課題（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）について

医師が担っている業務負担を軽減するため、他の医療職種等の役割を評価することは重要なことだと考えますが、厚生労働省として最近の医療の内容を踏まえ医療関係職種の役割分担について明確な考え方を示していただきたい。

また、看護師、薬剤師等の役割を評価する際に、単純に数だけで評価するのではなく、その担う機能も併せて評価することにより、医療機関による偏在が生じないように配慮していただきたい。

3. 平成22年度診療報酬改定の基本方針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について

質の高い精神科入院医療の推進は重要なことであるが、精神科病床以外で対応しているいわゆるリエゾン領域についても十分な評価をしていただきたい。

また、医療技術や医薬品について、イノベーションの適切な評価の中に、成人だけでなく、小児にも適用できる技術、医薬品の開発を評価する仕組みを工夫していただきたい。

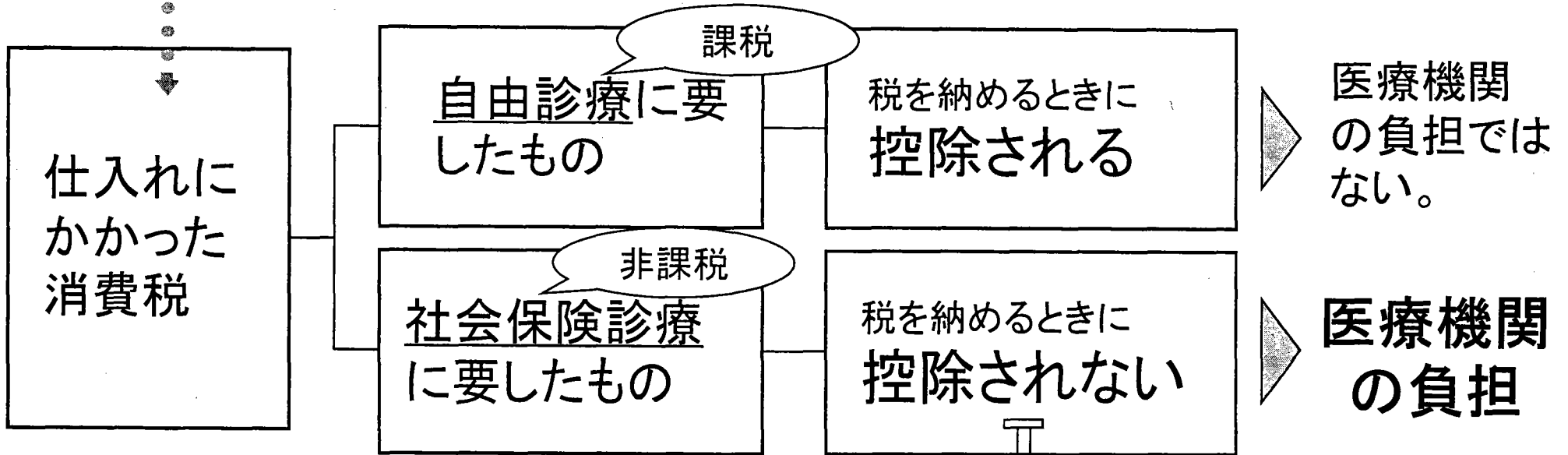
以上

医療をめぐる
控除対象外消費税問題

平成21年12月3日
社団法人日本医師会
竹嶋 康弘

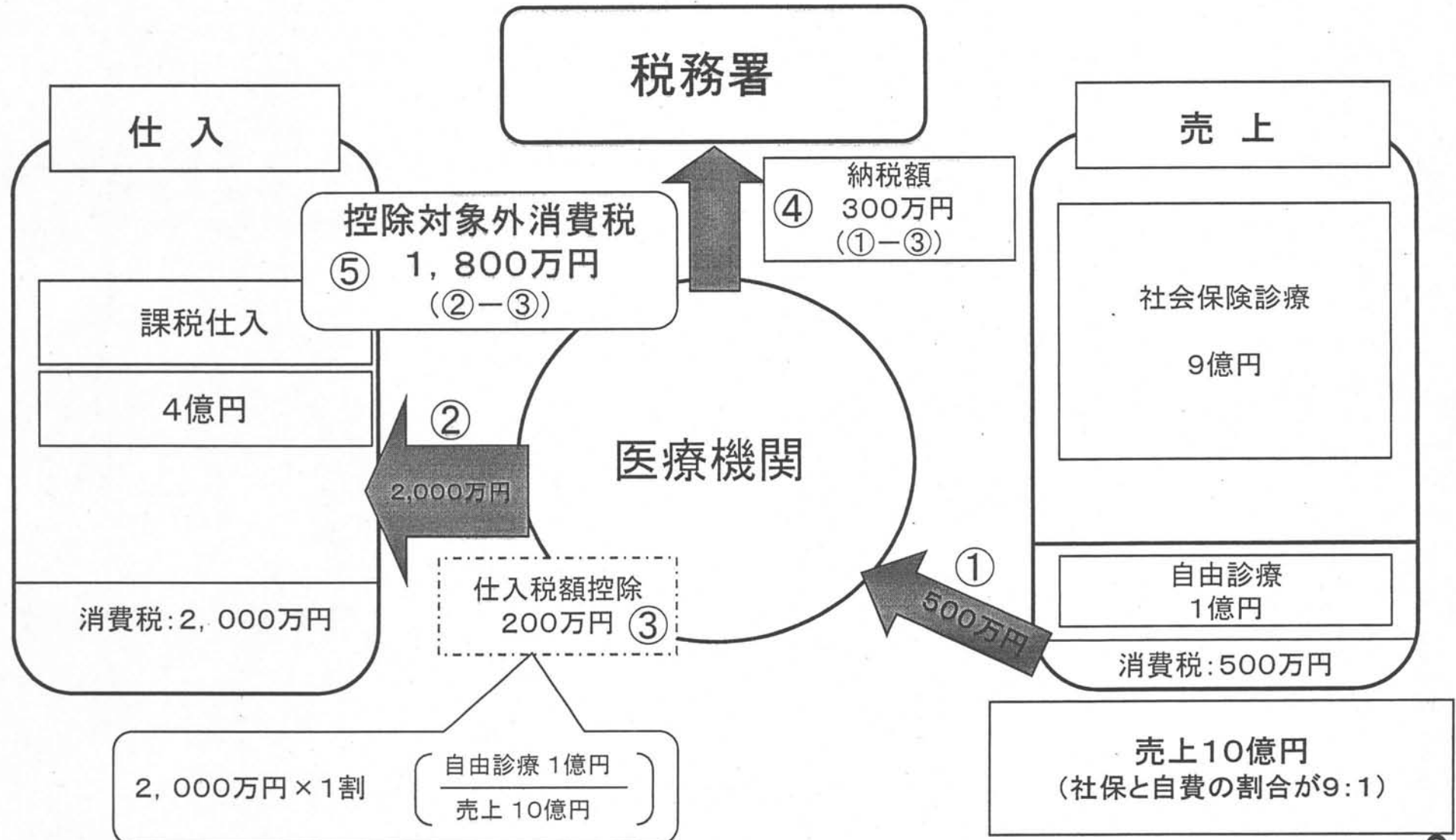
控除対象外消費税とは

社会保険診療は非課税なので、患者から消費税をいただかない。しかし、社会保険診療を行なうための設備や医薬品などの仕入れには、消費税がかかる。



控除対象外消費税

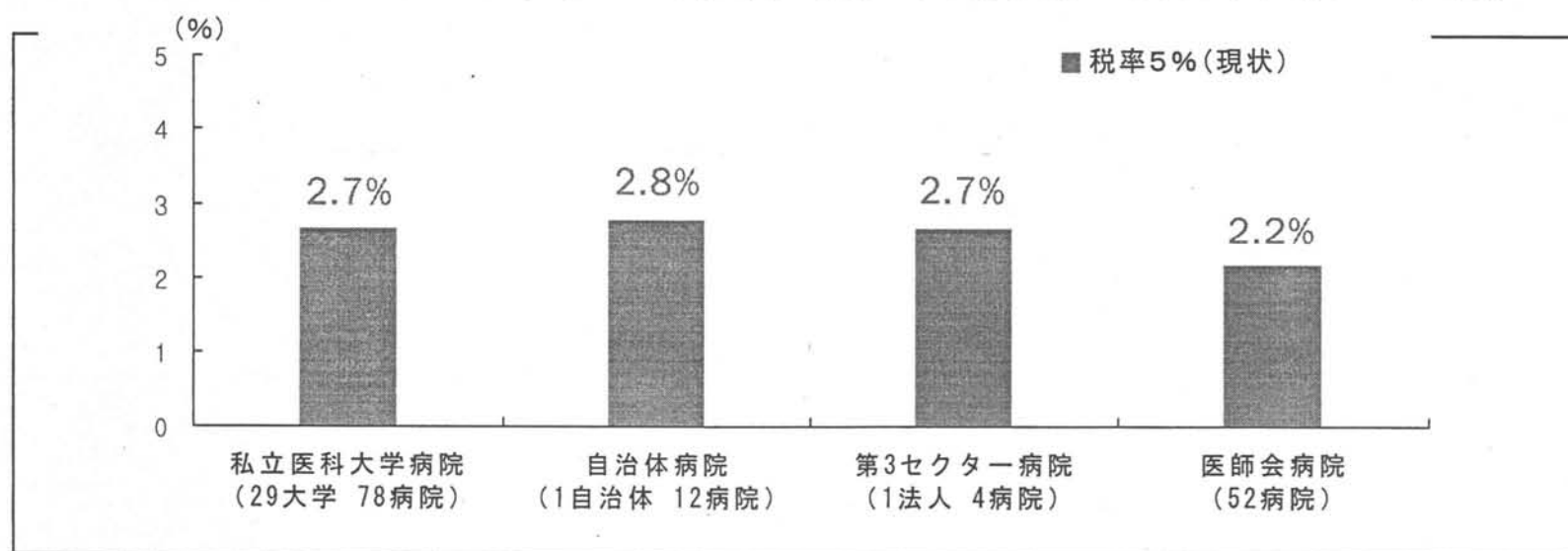
医療機関の控除対象外消費税



控除対象外消費税・負担の現状

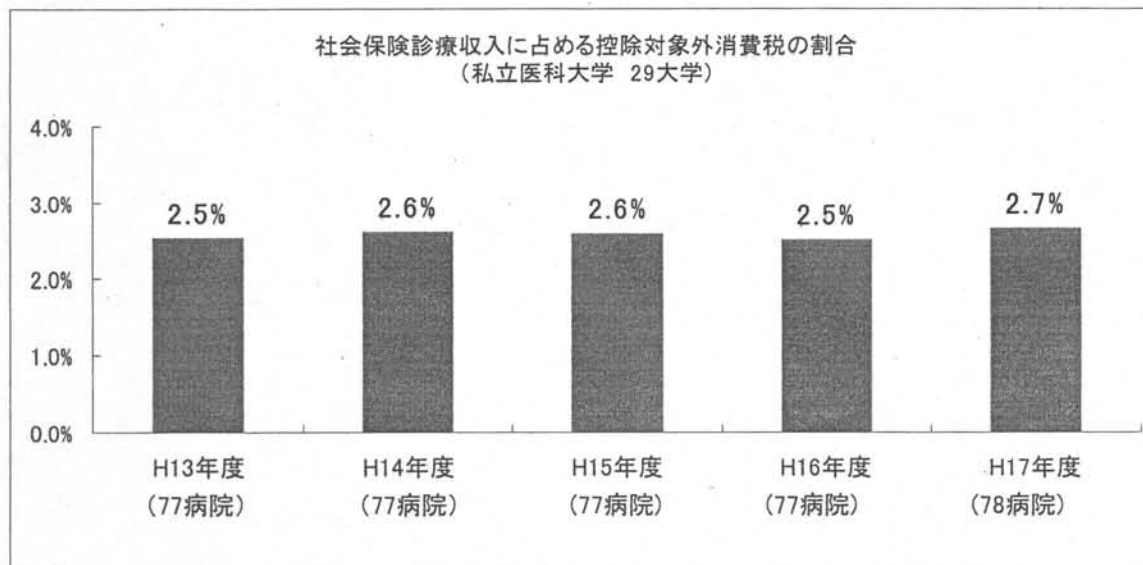
控除対象外消費税の負担は、社会保険診療報酬の2%を上回っている(病院)。

社会保険診療収入に占める控除対象外消費税の割合(平成17年度)



	私立医科大学病院	自治体病院	第3セクター病院	医師会病院
1病院当り 控除対象外消費税 (百万円)	366.6	223.5	128.9	51.1

経年推移をみても社会保険診療収入の2.5%～2.7%の割合で控除対象外消費税が発生している(私立医科大学病院)。決して臨時的な大規模投資による負担ではない。



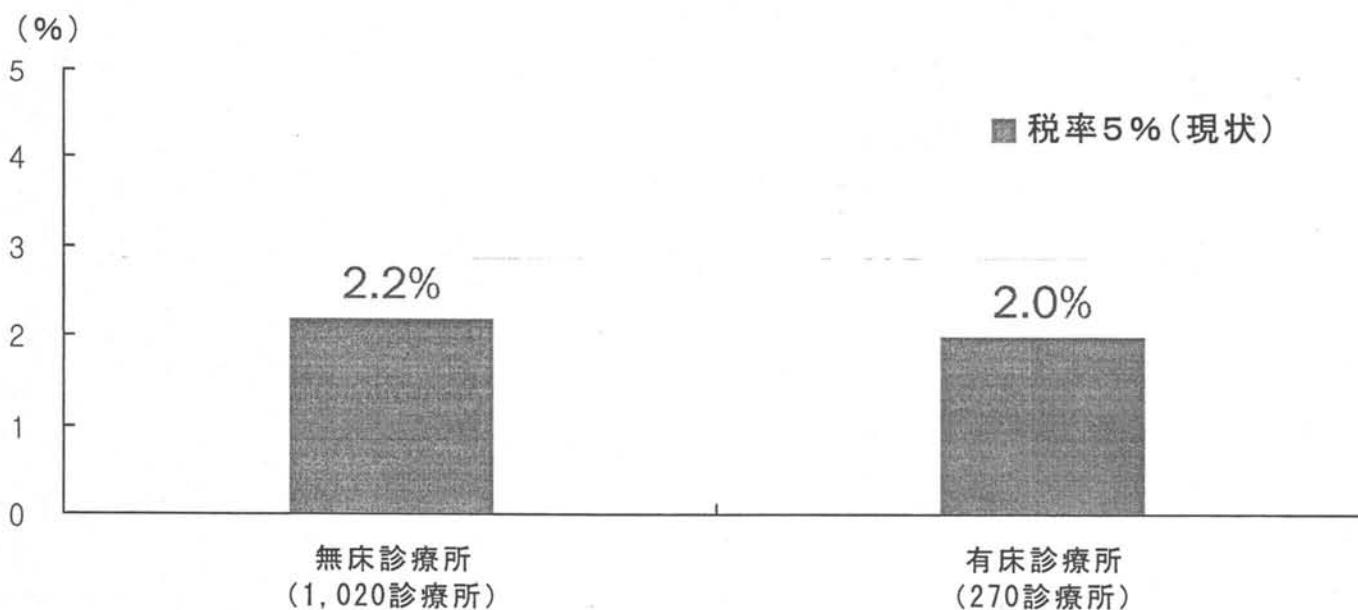
(金額単位:百万円)

	H13年度	H14年度	H15年度	H16年度	H17年度
大学数	29	29	29	29	29
病院数	77	77	77	77	78
社会保険診療収入(総額)	997,293	994,214	1,026,837	1,045,291	1,076,539
控除対象外消費税額(総額)	25,332	26,073	26,713	26,371	28,597
1大学当り控除対象外消費税額	874	899	921	909	986
1病院当り控除対象外消費税額	329	339	347	342	367
社会保険診療報酬に占める 控除対象外消費税額の割合	2.5%	2.6%	2.6%	2.5%	2.7%

控除対象外消費税・負担の現状

診療所でも、控除対象外消費税は社会保険診療報酬の2%以上。

社会保険診療収入に占める控除対象外消費税の割合（平成16年度）

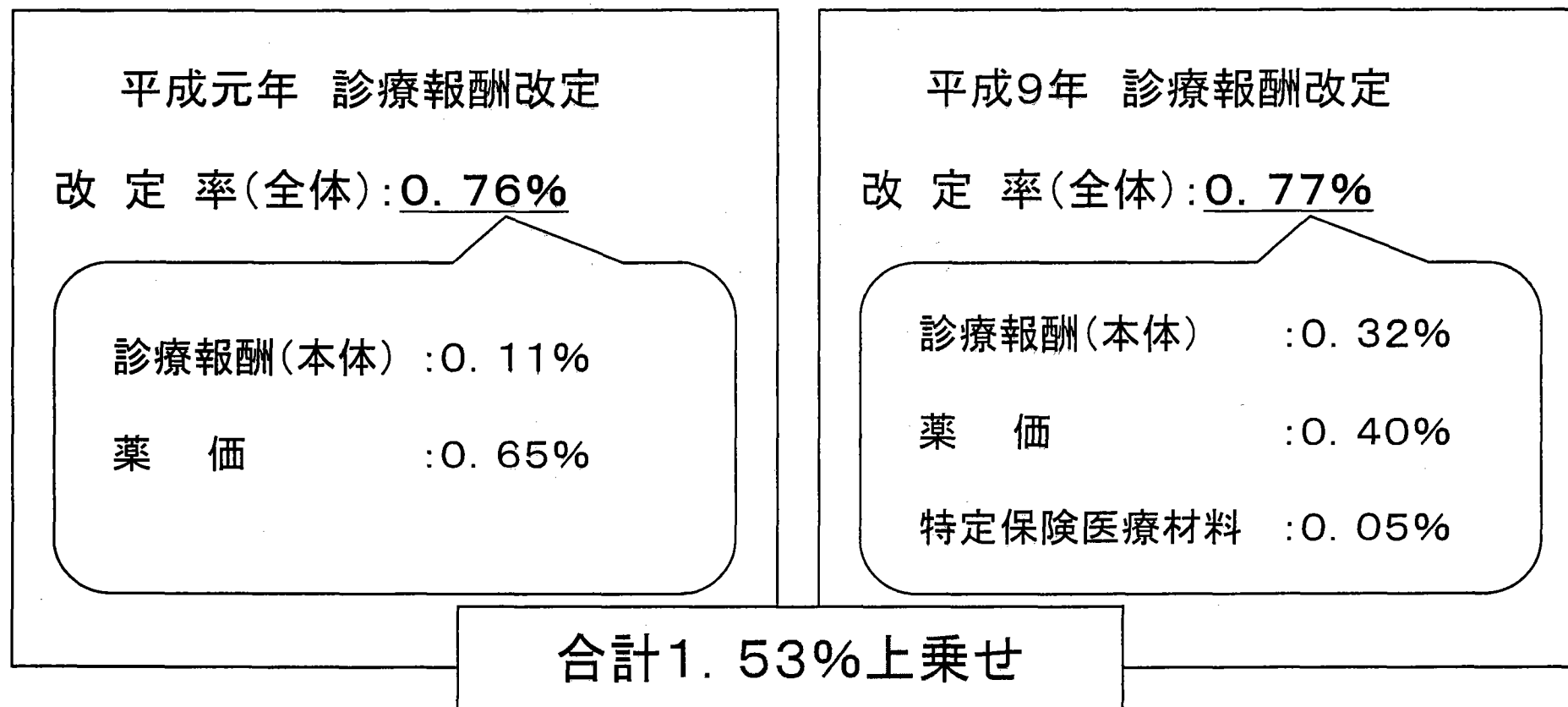


	無床診療所	有床診療所
1診療所当り 控除対象外消費税 (百万円)	2.0	4.3

※日本医師会調べ

診療報酬における補填？

控除対象外消費税の問題に対して、過去において、
診療報酬に1.53%が上乘せされ、解決済みとされてきた。…？



☞ 前述のデータから分かるように、
1.53%の補填では、不十分だったことは明らか。

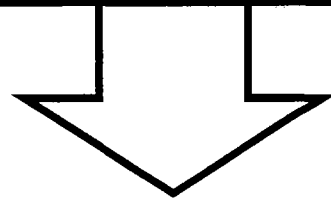
診療報酬における補填？

診療報酬(本体)に上乗せされた0.43%(H元年0.11%、H9年0.32%)は、その後の改定でなくなってしまった可能性が大きい。
また、そもそも上乗せされた項目は、合計36項目に過ぎない。

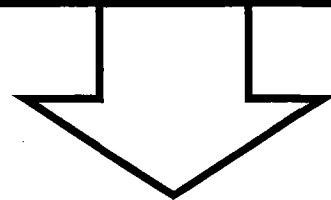
平成元年及び平成9年に改定された代表的な診療報酬点数項目

1. その後、改定で包括されてしまった点数項目：
入院時基本診療料 基準寝具加算【平成元年対応：+1点】
2. その後、改定で下げられてしまった点数項目：
血漿蛋白免疫学的検査 C反応性蛋白(定量)【平成元年対応：+5点】
3. その後、改定で無くなってしまった点数項目：
注射料 点滴回路加算【平成元年対応：+1点】
4. もともと消費税と全く関係のない点数項目：
マスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔【平成9年対応：+300点】

仮に、2.20%(3頁参照)の控除対象外消費税が医療機関に生じているとすると、1.53%の上乗せが補填されているとしても、0.67%の負担が、医療機関に生じていることになる。
すなわち、医療機関全体の負担額は、約2,200億円(平成20年度国民医療費の動向より試算)にもなる。



- 医療機関は長年に亘り多額の控除対象外消費税を負担
- 控除対象外消費税は医療機関の経営を圧迫する大きな原因



控除対象外消費税は医療提供体制確保のために検証すべき問題

平成 21 年 12 月 2 日

厚生労働大臣
長妻 昭 殿

社団法人日本医師会
会長 唐澤 祥人

平成 22 年度診療報酬改定に対する日本医師会の要望

「基本方針 2001」以降の厳しい医療費抑制政策により、医療崩壊が現実化し、いくつもの医療機関が失われ、外来の休止や病棟の閉鎖が起きている。また、経済環境、雇用環境の悪化から、受診抑制も懸念される。

身近な医療機関が健全に存続し、国民が経済的負担を心配することなく、いつでも医療機関にかかれる社会に戻さなくてはならない。

日本医師会は、平成 22 年度診療報酬改定にあたり、以下 2 点を要望する。

1. 診療報酬を大幅かつ全体的に引き上げること
2. 患者一部負担割合を引き下げること

診療報酬は平成 14 年度以降、改定のたびに引き下げられ、平成 20 年度までの累計引き下げ率は 7.7% になった。これが今日の医療崩壊をまねいたことは明らかである。

新政権は、「民主党政案集 INDEX2009」に「総医療費対 GDP（国内総生産）比を経済協力開発機構（OECD）加盟国平均まで今後引き上げていきます」と記している。そのためには医療費を約 10% 引き上げなければならない。

日本医師会は、診療報酬の大幅な引き上げを求める。

また、医療は急性期医療だけではない。急性期、回復期、慢性期、通院、在宅医療など、どれかひとつが綻びても、国民は行き場を失う。地域医療全体が健全化し、より連携を強めることができるよう、日本医師会は診療報酬の全体的な引き上げを求める。

経済環境、雇用環境に回復のきざしが見られない中、国民が早期受診を控えているおそれがある。診療報酬の引き上げにともなう国民のさらなる負担増を避けるため、患者一部負担割合の引き下げも必要である。患者一部負担は、入院、外来ともに負担が大きいが、まずは早期発見、早期治療につなげるため、外来患者一部負担の引き下げを優先していただきたい。

社会保障は平時の国家安全保障である。その認識の下、新政権が大胆な医療政策に転換することを期待し、医療の再生を果たされることを要望する。

以上

第 8 回～ 10 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ついた平成 18 年改定の際の視点だ。「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。(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いいが、なかなかそれは難しいだろう。(21. 8. 26 堤委員)
- ⑰ どこに住んでいても格差なく医療を受けられる医療提供体制を構築すべきという議論をして、中医協で具体化していくべきである。(21. 11. 19 竹嶋委員)
- ⑱ 改定の視点は各々もつともだが、どれもこれまでも言われてきたもの。にもかかわらず何故地域の医療崩壊が止まらないかという、日本の医療が高度化して変わってきているのに、それに診療報酬が立ち遅れているからだ。個別対応では不可能になってきている。例えば、救急はやればやるほど赤字だし、DPCは救急入院でも予定入院でも収入は変わらない。また、産科はそもそも診療報酬に含まれていない。病院の経営状態もいつまでたっても悪い。大きな構造変化について行っていない。大きな意味で、枠組みを変えないといけない。(21. 11. 19 石井参考人)
- ⑲ 視点の中に、「患者からみて分かりやすく納得でき、安心・安全」とあるが、前回改定で明細書発行は見送られた。どういう意味で書いてあるのか疑問。(21. 11. 19 海辺委員)
- ⑳ 入院基本料を上げるべき。入院基本料が抑制され、採算割れして、それをカバ

- 一するため、加算や特掲診療料を取りに行つて無理をしている。このため、医師も看護師も疲弊している。(21. 11. 19 鮫島委員)
- ⑳ 前回とあまり変わらない基本方針だ。では前回改定はどうだったかという、あまり効果がなかった。どうしてかという、全体の改定率は微々たるものであったからだ。資料4の④のイとロに医療費の底上げと配分の見直しの両論があるが、医療全体が疲弊している。全体の底上げが必要。基本方針に「病院医療の全体の底上げ」という文言を入れたらどうか。(21. 11. 19 西澤委員)
- ㉑ 今の地域医療の崩壊は大変なところまで来ているという認識。(21. 11. 19 大西委員)
- ㉒ 重点課題の2項目の方向は良いと思う。それを具体的な診療報酬改定で示してもらって、各地域、国民に説明できるようにお願いしたい。それをもとに地域医療が再構築に動き出せるような改定にしてほしい。(21. 11. 19 大西委員)
- ㉓ 医療費全体の底上げ、その中でメリハリをつけることを主張してきた。先日行われた行政刷新会議WGの「事業仕分け」において、財務省が提出した不完全な資料に基づいて評価が誘導されたのではないかと懸念をもっている。(21. 11. 19 中川委員)
- ㉔ T K C 医業経営指標に基づく分析を見て頂きたい。経営は厳しい。病院も診療所も危機的状況であり、全体的な底上げが必要である。医療経済実態調査は経年比較、診療科間の比較のいずれにも適切とはいえない。(21. 11. 19 中川委員)
- ㉕ 平成22年度診療報酬改定の4つ視点に、重症化の予防が明記されたのは画期的。(21. 11. 19 齋藤(訓)委員)
- ㉖ 平成22年度診療報酬改定の「重点課題」として医療従事者の増員に努める医療機関への支援が掲げられているが、これは医療従事者の採用を可能にするような診療報酬上の手当をするという理解でよいか事務局に確認したい。(21. 11. 19 齋藤(訓)委員)
- ㉗ 診療報酬の全体の底上げを求める意見もあったが、医療保険財政は厳しい状況にあり、医療費の底上げが行われれば大幅な保険料の引き上げが必要になる。「視点」の内容は妥当なものだと思うが、医療保険財政の状況も踏まえて議論してほしい。(21. 11. 19 小島委員)
- ㉘ 重点課題、4つの視点は引き続きの課題である。(21. 11. 19 小島委員)
- ㉙ 診療報酬は医療経済実態調査を参考に決定されてきたが、単に表面上に出る数字だけでなく、期待される役割は何なのかという実態をみて改定を行う必要がある。(21. 11. 19 山本(信)委員)
- ㉚ 改定の4つの視点は必要なことで、高く評価する。しかしこれを見たら、患者の期待値は上がる。議論の中で欠落しているのは、患者はどうしたら良いかという視点だ。患者のいわば「諦観」の議論を行うべきだ。患者の電話相談をしているが、患者のニーズは大きく、多様化している。決して成熟してきている訳ではない。(21. 11. 19 辻本委員)

- ③② 医療といえども国民生活の一部として、失業率上昇、賃金低下といったことも十分踏まえて議論する必要がある。(21. 11. 19 藤原参考人・経団連)
- ③③ 以前「ない袖は振れない」といったことも申し上げたが、時間の経過とともに工夫した言い方をしなければいけないと思っている。国民が納得のいく視点で言えば、小児・産科・救急、病院勤務医の疲弊した部分については、大胆かつ重点的にフォローしていくべきと考えている。(21. 11. 19 高智委員)
- ③④ 健保組合の数は減少している。協会けんぽも赤字であり、共倒れになりかねない。医療保険の財政は厳しい。経済情勢ないし雇用情勢が悪化しており、国保サイドによると、保険料の収納率が下がっているとのこと。これらの厳しい状況を踏まえた上で、改定に臨むべき。全ての分野について診療報酬引き上げ反対というわけではないが、改定には最大限工夫を凝らしているか検証が必要。(21. 11. 19 高智委員)
- ③⑤ 前回、重点分野への配分を点数ベースで行ったが、全体の疲弊感は解消されなかったという事実から出発すべき。特に、急性期医療提供体制、とりわけ救急医療を維持発展させる、社会的共通基本を持たせる方法は、個別の点数だけでよいのか。技術料は出来高でもよいが、社会的共通資本を支える費用は、固定費をどう担っていくかという問題であり、固定費としては出来高診療報酬だけでなく、公費の使い方もあるし、基本料もあると思う。(21. 11. 19 田中部会長代理)

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箇所を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 D P C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 斉藤委員)
- 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行って、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)
 - ⑯ 小児救急を24時間受け入れているような、一定以上の水準で診療できる医療機関を適正に評価すべき。特にPICUを高く評価すべき。小児外科の難易度の高い手術を評価すべき。ハイリスク出産は、NICUを含め、十分な機能が発揮できる医療機関について高い評価をすべき。充実した児童精神医療の診療ができる医療機関には高い評価をすべき。(21. 11. 19 加藤委員)
 - ⑰ 急性期後の受け皿としての後方病床、在宅医療の強化のためには、訪問看護の充実は必至。重症心身障害児については、国立病院機構の利用も活発にするべき。小児のレスパイトも必要。人工呼吸器を付けている患者のケアができる看護師が少ない。そういった看護師の人材育成を行う医療機関について高い評価をすべき。(21. 11. 19 加藤委員)
 - ⑱ 小児死亡の約40%は白血病を含む固形癌。小児がんの治療に対する評価が低い。(21. 11. 19 加藤委員)
 - ⑲ 小児薬剤の調剤は特殊であるから、一定の水準を保つ医療機関を評価すべき。(21. 11. 19 加藤委員)

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

- ① 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)
- ② 精神科の場合、入院基本料は診療報酬の8割を占める。技術料が低い。認知症、発達障害、行動障害など評価が低い。動く重症心身障害児に対する評価が必要。構造を全体的に見直して頂きたい。(21. 11. 19 鮫島委員)

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)
- ③ 地域社会が崩壊したことが地域医療の崩壊につながっている。高齢化社会となり、在宅医療が求められる。看取りの医療や、褥瘡への対応が必要。(21. 11. 19 海辺委員)
- ④ 在宅医療、在宅歯科医療の推進が明記されたのも評価できる。医療と介護の連携を推進するには、在宅医療を支える訪問看護の拡充が必要であり、それについても「視点」に明記してほしい。(21. 11. 19 齋藤(訓)委員)
- ⑤ 在宅医療については、医薬品を供給するのは薬剤師であり、薬局ないし薬剤師もチームの一員として活躍できる制度や仕組みが必要であると思う。(21. 11. 19

山本（信）委員）

- ⑥ 民主党政策集の提言のように、今後、法律上義務づけられていない歯科検診や、在宅歯科医療等を通じて高齢者に対する取り組みを一層推進するために、歯科医療技術を適切に評価することが必要である。(21. 11. 19 近藤委員)
- ⑦ 在宅歯科医療を推進するためには、医科・訪問看護との連携が重要。(21. 11. 19 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、医療事務補助者や臨床工学技士、MSWの退院支援などは評価されたが、未評価職種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。事務クランクのように、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)
- ⑤ 重症化の予防や医療の質の向上につながるチーム医療の推進についても「視点」に明記してほしい。(21. 11. 19 齋藤(訓)委員)
- ⑥ 勤務医負担軽減の観点から、病院薬剤師は、医師の処方サポート、プロトコールを作成したりなど、その果たす役割は大きくなってきている。現在、8つほどの専門領域の薬剤師が養成されつつあるが、そういったものの活用も重要。薬剤師が病棟に常駐していて、常にチーム医療の一員としてサポートすることが、医師の負担軽減にもつながる。そういった体制の適切な評価が必要である。(21. 11. 19 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)
- ④ 病院勤務医負担軽減について、交替制を導入している医療機関の評価をしたらどうか。また、役割分担の局長通知は、完全には行き渡っていない。内容の見直し、充実をして欲しい。(21. 11. 19 加藤委員)

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年では救急医療体制の整備であったが、2008年で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、急性期専門在宅医療支援などいろいろな機能を担っている。今あ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)
- 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)

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、一方で値段を下げると言われれば、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みると不明確。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ふ。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 斉藤委員)
- ・ 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 斉藤委員)
- ・ 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ので、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)
- ・ 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)

第32回～第35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22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、保険料負担を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」はもったもたなことだが、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状況を知ると、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レー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、皆が利他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と。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たいただいたのはいいが、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歳まで引き下げること考えられる。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 齊藤参考人・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 後発医薬品は安いですが、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・適用外薬について、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)
- ⑩ 基本方針の3ページ目の「イノベーションの適切な評価」について、未承認薬や未承認適応の問題があるが、具体的に文字としてないが大丈夫か確認したい。(21.11.25 岩月委員)

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。医療クラー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れしい。(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

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、QOL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ライアージも重要。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)
- ⑱ 有床診療所の存在意義を再認識したい。身近な医療機関として、新たに評価され必要とされてきている。いわゆる看取りに近い終末期の医療、あるいはホームドクター的に存在する医療としての役割があり、これに配慮していかないと、大きい病院だけでは国民に必要な医療の充実も間に合わないことになると思われる。(21.11.25 横尾委員)
- ⑲ 介護認定を受けている人が病気になった時に、一番困るのが通院である。病院の前でヘルパーの役割は終わる。病院に入ったら、医療保険の中で、病院の人が案内してくれるはずだが、人手が足りない。ガラス戸の向こうとこっちで介護と医療が分かれている。配慮がほとんどない。介護保険の存在について、認識していただき、本当の連携をしていただきたい。(21.11.25 樋口委員)
- ⑳ 介護と医療がシームレスになっていないのは都会の方だと思う。田舎では介護のヘルパーは病院の中まで入ってくれている。最後の在宅末期も見ている。訪問診療もちゃんとやっている。在宅での病診連携、診診連携、病院と訪問看護ステーションの看護師の連携など、都会では問題になっているが、中都市ではうまくいっていると思う。有床診療所も同じで、田舎で役に立っている。都会で有床診がないから要らないという議論があるように感じる。どこで何ができていないのか、地域的な差をもう少し見ていただきたい。(21.11.25 高原委員)
- ㉑ 看護職の役割を有効に発揮できるようにして欲しい。回復期リハ病棟は、患者への看護支援が少なくなるので看護師の配置数は少なくてもよいという従来からの前提に立っているが、在院日数の短縮化で患者の重傷度が高くなっている。基本方針にもあるように「安心・安全で、生活の質にも配慮した医療を実現する視点」から、看護師の担う役割を具体的に評価してほしい。(21.11.25 紙屋委員)
- ㉒ 医療クラークの配置は、看護職あるいは医師が本務に専念できるように重要。評価していただければと思う。(21.11.25 紙屋委員)
- ㉓ 医療施設の偏在、都市と地方の問題だが、都市部は医師が多いように見えるが、人口比から見ると少ない。地方の方が場合によっては多く、医療と介護が連携しやすい。都市か地方かで決めつけないでいただきたい。(21.11.25 見坊委員)
- ㉔ 介護と医療の連携は非常に重要と感じる。縦割りではなく、十分に調整しながら進めていただきたい。(21.11.25 見坊委員)

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 齊藤委員)
- 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て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)
- ⑧ 日本列島は非常に広く、地域間格差が大きい。様々な地域の違いを見ていかなければならない。地方においては、開業医の方がかかりつけ医として非常にいい例がある。同時に、これから高齢化が進むのは大都市であり、ずっと注視していたが、あっという間に一人暮らしが多くなった。介護がどうやってかかわっていくのかが大問題。地方でうまくいっている例を都会で生かすにはどういう方法があるのか。過疎地においても、手術の同意書を取るのに家族がいなくて困る場合がある。社会全体として配慮いただきたい。(21. 11. 25 樋口委員)
- ⑨ 介護予防という言葉があるが、発想がそもそもおかしい。言うならば健康保持。異論はいろいろあるが、介護保険制度の中に介護予防はあまり入れるべきではない。ヘルス事業は保健事業において公費で出すべき。(21. 11. 25 樋口委員)

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よう議論をしてほしい。(21. 11. 16 大谷委員)
- ⑭ 過去にも診療報酬改定での対策が重ねられてきたが、この診療報酬改定のみではいまの医師不足などの課題は解決しないのではないか。広範な対策も考えねばならない。例えば、へき地等の医師不足問題では、へき地に勤務する医師とその家族の理解が不可欠であるし、さらに現状では研修に出かける機会も難しいことも課題になっている。そこにはネットを使った最先端医療についての研修サポートなどが必要で、その充実を図るなど、診療報酬以外の対策充実改善も必要である。(21. 11. 25 横尾委員)
- ⑮ 患者の負担軽減について、基本方針に入れて欲しいと考えていたが、この医療保険部会で別途議論すべき問題ということなので、今後に期待したい。(21. 11. 25 大谷委員)
- ⑯ 患者との対話のない医者が多いと感じる。患者サイドも勉強しなければならないが、医師の方も親切に患者と話し合うことが必要。(21. 11. 25 見坊委員)