

平成 17 年度 第 6 回 医療WG 議事録

1. 日時 平成 17 年 9 月 13 日（火） 11:15～12:15

2. 場所 永田町合同庁舎 1 階 第 1 共用会議室

3. 出席者

（委員）鈴木良男主査、八代尚宏委員、原早苗委員、阿曾沼元博専門委員

（厚生労働省）水田邦雄保険局長、麦谷眞里医療課長、堀江裕保険医療企画調査室長

（事務局）規制改革・民間開放推進室 井上宏司参事官、原一郎企画官

4. 議事次第 中医協改革についての厚生労働省との意見交換

5. 議事概要

鈴木主査 それでは、定刻になりましたので、17 年度の第 6 回「医療WG」を始めたいと思います。今日は中医協改革に関する意見交換ということで、厚生労働省の水田局長に御来席いただいております。

中医協の在り方の見直しは、昨年度より当会議が重点検討項目として議論してまいったテーマであります。昨年末には尾辻大臣と村上大臣との間で基本的合意をみるに至り、その合意に基づいて本年 2 月に尾辻大臣の下に「中医協の在り方に関する有識者会議」が設置され、具体的な検討が開始されたわけであります。4 月には宮内議長と私が有識者会議に出席し、当会議の考え方を説明させていただきました。更に 6 月には有識者会議の大森座長を当会議にお招きして、有識者会議の審議状況の御説明をいただくとともに、意見交換をする機会を設けさせていただきました。

以上のような経緯を経て、去る 7 月 20 日に有識者会議の報告書がとりまとめられたわけですが、その内容は当会議の主張と一致する部分もありますが、なお改革の根幹に関わる部分での問題点が残されていると考えております。したがって、報告書を受け、厚生労働省としてどのような対応をお取りになるのかは、改革の貫徹に当たって極めて重要であると考えております。この点について当会議としてはどう考えているのか、当会議の考えをお伝えするのも本日の会合の趣旨の一つであります。

議事の進め方ですが、まず水田局長から有識者会議でとりまとめられました報告書の説明と、それを受けた今後の対応、スケジュールなどを説明していただき、その後、意見交換に移らせていただきたいと思います。時間として大体 10 分ないし 15 分をお願いしたいと思います。では、局長、よろしくお願いいたします。

水田局長 厚生労働省の保険局長でございます。どうぞよろしくお願いいたします。

今日は中医協の在り方の見直しということでございまして、ただいま鈴木主査からお話がありましたとおり、昨年 12 月末に尾辻大臣と村上大臣との基本合意を踏まえまして、今年 2 月に「中医協の在り方に関する有識者会議」を設けたところございまして、これもただいま御披露ありましたとおり、宮内議長にも鈴木主査にもお越しいただきまして、公開の場で 7 回にわたって御議論いただいたところございまして、7 月 20 日

に有識者会議としての報告書のとりまとめが行われたところでございます。

報告書におきましては、中医協の機能、役割、公益機能の強化、委員構成の見直し、昨年末の基本合意で与えられました課題につきまして、幅広く御提言をいただいております。今後はこの報告書に沿って改革を実現していきたいと考えてございます。

内容そのものにつきましては後ほど、資料に即して御説明をさせたいと思っておりますけれども、私どもとしてはこの7月20日の報告書を受けた後、法律改正を待たずに可能な対応につきましては、できるだけ早期に実現をしたいと。日程的に申しますと、平成18年度の診療報酬改定という作業が目前に控えておりますので、きちんとした新しい形の中医協で臨みたいと考えてございます。

法律改正が必要となる事項もあるわけでございますが、これにつきましては、まさに来年、平成18年の通常国会に提出予定をしております医療保険制度全般にわたる改革案の中で所要の措置を講じていきたいと考えているところでございます。

ただいま申しましたように、具体的に申し上げますと、委員の中にはもう既に9月11日に任期切れを迎えた委員の方々もおられるわけでありまして、先ほど申し上げましたような来年度の診療報酬改定に向けた議論というものを早期に開始するためには、新しい委員の選任も進めたいと考えているところでございます。

報告書の主な内容につきましては、医療課の保険医療企画調査室長から御説明させたいと思っております。どうぞよろしく申し上げます。

堀江室長 恐れ入ります。本日はお手元の方に資料を3種類お届けさせていただいているかと存じます。

「中央社会保険医療協議会の新たな出発のため」という報告書本体。

「『中医協の在り方に関する有識者会議』の報告書の概要」。

右肩に小さな字で厚生労働大臣が配布した資料となっておりますが「医師を代表する委員の選出方法について」ということでございます。

時間の関係もございまして、私の一通りの説明といたしましては、その報告書の概要及び厚生労働大臣が配布した資料を基に御説明させていただきたいと存じます。後ほど、また必要に応じまして、報告書本体の方にも御説明を補足させていただければと存じます。では、報告書の概要というところでございますけれども、その四角囲みで1、2、3となっておりますが、これは12月17日の大臣合意の検討内容の柱立てそのものを使っているものでございまして、それに即しまして整理されているものでございます。

まず「1 診療報酬改定に関する企画・立案の在り方との関係を含めた中医協の機能・役割の在り方について」ということで、1つの大きな柱立てかと存じますけれども、まず「1(1)診療報酬改定の改定率の決定について」。

これについては改定率は予算編成過程を通じて内閣が決定するものであるということとをここに明確に確認ということございまして、従来、中医協が決めているがごとく

の印象を持たれてみたり、あるいはそういう前提で考えられたりしたようなところは、これは内閣の権限であるというものを明確に確認するという内容でございます。

ただ、中医協においても改定率について、医療経済実態調査等に基づきまして議論を行い、その結果を厚生労働大臣に意見として進言することがあり得るものとすべきということでございます。ただ、これはいわゆる法的な権限に基づくものではないということも有識者会議の方で明確に述べられているものでございます。

「１（２）診療報酬改定に係る基本方針について」でございますけれども、医療政策全体を中医協が支配しているのではないかという話もあったわけでもございまして、そこにつきまして改定率を除く診療報酬改定に係る基本的な医療政策の審議については、厚生労働大臣の下における他の諮問機関、「社会保障審議会」の「医療保険部会」及び「医療部会」を想定しておりますが、そこに委ね、そこで診療報酬改定に係る基本方針を定めるべきと明確に位置づけているところでございます。中医協においては基本方針に沿って診療報酬改定に係る考え方を整理し、具体的な診療報酬の設定に係る審議を行うこととすべきとされています。

「１（３）診療報酬改定に係る中医協への諮問及び中医協からの答申の在り方について」ということでございまして、従前ですと年末に改定率などを決まった後に審議が継続されて、事務局の方から議論の集積たるものを改定案としてお出しして、即日答申を得るようなことが行われていたわけでもございますけれども、今回におきましては諮問においては改定率を所与の前提とし、基本方針に基づき、診療報酬点数の改定案の調査及び審議を行うことを求めるとともに、中医協においてはこれを受けて改定案を作成し答申する取扱いとすべきということで、中医協において所与の条件を得て、それに基づき審議を行って改定案をつくるという内容に整理されてございます。

「２ 公益機能の強化について」でございますけれども、診療報酬の結果の検証をして国民にわかりやすく説明し、国民の評価に資する機能を新たな公益機能として、公益委員に担わせるべきということでございまして、従来、調整にちょっと偏り過ぎていたのではないかということに配慮しているものでございます。

公益委員の人数については、現行の４名からこれを増やしていくべきだと。具体的にどの程度まで増やすかについては、今後、中医協の委員数全体の適正を維持するという観点も踏まえつつ、支払側委員及び診療側委員のそれぞれと同数程度とすることを基本としながら検討していくべきということでございまして、このような形になっています。

２ページ目でございますけれども、「３ 病院等多様な医療関係者の意見を反映できる委員構成の在り方について」ということでございまして、まず「３（１）支払側委員及び診療側委員の委員構成に係る基本的考え方について」ということで、現在の構成を踏まえつつ、医療費のシェア、医療施設等の数、医療施設等従事者数、患者数等の指標を総合的に勘案しながら、明確な考え方に基づいて決定していくべきとされてございます。

具体的には「3(2) 支払側委員の委員構成について」は、船員保険の被保険者及び船舶所有者の代表が2名含まれているが、船員保険の現状を踏まえつつ、見直しを行っていくべきであると。都道府県の役割の強化が図られてきておりますけれども、支払側の委員の構成の中で反映させていく方法だけでなく、都道府県が医療制度において持つ多面的な役割にかんがみ、増員される公益委員の中で反映させていく方法も含め、検討していくべきということで、都道府県の役割の強化というものが位置づけられてございます。

「3(3) 診療側委員の委員構成について」でございますが、医師を代表する5名の委員について、病院の意見がより適切に反映されるよう、委員構成を見直すべきであり、2名を病院の意見を反映できる医師とすべきと。病院の意見を反映できる医師は、国民の目に見え、納得できるような形で選ばれるべきであり、病院団体自身が作成した推薦名簿が透明なプロセスで厚生労働省に届けられる仕組みとすべきとまとめられてございまして、後ほど御紹介いたします厚生労働大臣の方から、このような考え方でどうだろうかというのを記者会見の場において明らかにしているところでございます。

「3(4) 推薦性の在り方について」でございますけれども、厚生労働大臣より関係団体に対して期限を付して推薦依頼をしたにもかかわらず、関係団体が正当な理由なく期限内に推薦を行わないような場合には、厚生労働大臣が職権で委員の任命ができるものと解するべきと位置づけているところでございます。

「4 委員の任期の在り方について」でございますが、任期につきましては最長6年までとし、再任の数で言えば2回までとすべきということでございまして、残余期間があるような委員がいて引き継いだ場合などには再任2回でございまして、4年余りで交代することもあり得べしというように、短い特例にしてはどうだという内容でございます。

3ページ目でございますが、「5 診療報酬の法定手続の透明化及び事後評価の在り方について」でございます。

「5(1) 診療報酬の決定手続の透明化について」。

- ・引き続き、中医協における審議過程の一層の透明化や客観的なデータに基づく議論の一層の推進を図っていくべき。
- ・中医協が診療報酬点数の改定案を作成し、答申する過程において、広く国民の意見を募集する手続を取るべき。
- ・議事の公正を確保する観点から、近時の立法例にならぬ、議事手続の中心的な事項について、政令で規定することを検討するべきである」という内容になってございます。

「5(2) 事後評価の在り方について」。

- ・検証に当たっては、公益委員がその機能を担うべきであるが、必要に応じて専門的な立場から調査を実施する者の活用についても検討していくべき。

- ・ 検証の結果については、これを公表して国民の目にさらすとともに、その批判に耐え得るような内容のものとしていくべき。

「6 その他、医療の現場や患者等国民の声を反映する仕組みの在り方等について」。

- ・ 地方公聴会のような場を新たに設けることとすべき。
- ・ 医療関係者の団体を参考人として呼んで意見を聴取する機会を積極的に設けていくべき」とされてございます。

「7 終わりに」。

社会保険医療協議会法の一部改正を待たずに可能な対応につきましては、できる限り早期に実現して、平成18年度に予定されている次期診療報酬改定に対応していくことが、国民の要請に応えることとなる」ということですが、水田局長の方からも申し上げたような内容でまとまっているところでございます。4ページに開催要綱が出ておりまして、5ページに開催経緯ということでまとめられてございます。

先ほど申し上げました、医師を代表する委員の推薦の選出方法について、7月20日の有識者会議の後に、記者会見の場におきまして、厚生労働大臣が配布した資料という1枚紙をお渡しさせていただいております。

こうした考え方で、またいろいろと御相談してまいりたいというのが大臣のお言葉だったわけでございます。

「医師を代表する委員の選出方法について」。

- ・ 医師を代表する5名の委員については、厚生労働大臣から、医師の職能を代表する団体である日本医師会に対して、被推薦者の取りまとめを依頼する。

- ・ 上記5名の委員のうち2名については、病院の意見を反映できる医師とし、その選出が、国民の目に見え、納得できるような形で行われるよう、厚生労働大臣から病院団体に対して、日本医師会に推薦名簿を提出するよう依頼する。

- ・ 日本医師会は、医師の職能を代表する団体として、病院及び診療所のバランス、医師の診療科のバランスなどを考慮し、病院団体から提出された推薦名簿を添付した上で、医師を代表する5名の委員全体の推薦名簿を提出する。

- ・ なお、病院の意見を反映できる2名の委員については、日本医師会は、病院団体の名を併記した上で、推薦名簿の提出を行うこととする」。

こういう内容で大臣の方から、これを実現する方策として明らかにしているものでございます。以上でございます。

鈴木主査 どうもありがとうございました。

当会議としましては、現時点では次のような問題があると考えております。

1つは先ほど御説明をいただきましたが、中医協の機能・役割を規定する方針は確かに示されましたが、運用であいまいになりかねないかという危惧があります。つまり、基本方針というようなものは他の機関でやるが、しかし、中医協ではまた云々という、こら辺のことは運用であいまいになりかねないということです。これが第1点です。

2番目は、公益委員が大幅増とならずにイニシアティブを取れないということ。

3番目は、有識者会議の大森座長をお呼びしたときに、私も強くお願いしたのですが、団体推薦制が残ること。これは、当会議の昨年の中での最も重要な問題として、団体推薦制の廃止を言っております。

4番目は、病院委員の選出が医師会を介した推薦となること。今お話を伺ってこれから議論になると思いますが、お話を聞いてもよくわからない。なぜ医師会を介した推薦でなければならないのか、という点です。

5番目は、医師会枠5名のうち、なぜ病院委員は2名だけなのか。

以上が当会議が現在抱えている疑問点です。

今日は時間も限られておりますので、特に次の3点について、お考えを伺いたしたいと思います。

1つは、中医協で審議する事項とそれ以外の事項の線引きは具体的にどうするのかという点です。

2つ目は、団体推薦については、先ほども申しましたように当会議は基本的には反対の立場を維持しております。しかしながら、仮に有識者会議意見を参酌するとしても、なお最低限、次の2事項については疑問があります。

その1つは、病院の意見を反映できる医師は病院団体が直接推薦すべきではないかという点で、2つ目は、医療費のシェア、医師数等を念頭に置けば、病院代表は少なくとも3名以上としてしかるべきではないのかという点です。

この点をめぐって相互にディスカッションを開始したいと思っております。よろしくお願いたします。

まず第1点のところから。具体的な線引きはなかなか難しい問題があるというような御返事が来そうな気がするのですが、ここら辺は極めてクリアーに、これは中医協だ、これはどこだ、ということ項目ごとに分けていくということで、はっきり権限の分離をしたということが表れるようなことができないのか。この点について、まず御説明いただきたいと思っております。

堀江室長 お答えさせていただきたいと思っております。

今の線引きの関係でございますけれども、具体的には報告書本体の方では5ページ辺りのところに書いてあるわけでございますけれども、報告書では診療報酬改定に当たり、中医協は厚生労働大臣からの諮問を受け、改定率、基本方針を前提として、具体的な診療報酬点数の設定に係る審議を行うべきというふうになされているわけでございます。例えば、入院時の食事に関します給付は、かつては療養の給付として位置づけられていたところでありまして、医療保険審議会」というのが当時ございまして、その場において平成6年10月から、そういうものは療養の給付から除外して、入院時食事療養費として給付するとされた事例があります。

そのときに具体的な入院時食事療養費の額の設定については中医協において審議が

なされたと整理されているところでございます。このように、どのようなものを保険給付の対象とするか。どのような給付形態とするかといったような健康保険法の在り方に係る事項については、今においては「社会保障審議会」なわけでございますけれども、その「医療保険部会」などでございますが、そこにおいて議論がなされて、個別の医療技術、医薬品等の保険適用、価格設定については中医協において議論がなされるところでございます。

鈴木主査 それはいろいろ問題があるけれども、今まではすべて中医協がやってしまったというのが実態だと聞いているわけですが、この項目というのはこれから出てくる問題もあるから、なかなかそれを完全に整理することは難しいかもしれないが、あらかじめ今までの例に基づいて、その項目というものを立てて、これは中医協は決めてはだめだ、こちらで決めるという職能分担表みたいなものはつくる考えはありますか。

堀江室長 有識者会議の場においても、今、主査がおっしゃられましたように、どこが具体的な線なのかみたいなことを議論するのも難しいし、その辺はこの有識者会議の趣旨をよく踏まえて、厚生労働大臣の方で運用に当たってくださいというのを大枠としつつ、例えば、私どもの方で有識者会議の場に、平成16年の診療報酬改定の際に小児医療をもっと充実させるべきではないかというような基本方針を中医協の中で、15年12月の改定の前のときにまとめたものがございまして、その際にそこにはこれまでの診療報酬上の取組みの効果を検証しつつ、小児救急医療体制、特に夜間診療体制に応じた評価や専門的な小児医療に対する評価等の充実を図るというようなことが、そのときは中医協の基本方針に入っていたわけですが、あえてそれを基本政策的なものとは分けてみればこうなりますということで、その際に基本的な医療政策に該当すると考えられるものとしては、小児医療について、これまでの診療報酬上の取組みの効果を検証しつつ評価の充実を図る。

具体的には小児救急医療体制についての評価の充実を図る。また新生児救急医療についても評価の充実を図るというようなものは、どちらかと言えば基本政策の方に入って、今後であれば「社会保障審議会」の方で御議論いただきますところの基本方針の方に整理するもののイメージとして考えてはどうかと。

そして、基本的な医療政策をもう少し具体的に記述していると考えられる要素として、今のものを踏まえて小児救急医療体制については特に夜間診療体制に応じた評価や専門的な小児入院医療等に対する評価の充実を図る。

それから、新生児救急体制についてはその基本にあるわけでございますけれども、その中でも特に新生児入院医療管理加算の見直しを含めて評価の充実を図るといったものの内容というのは中医協の方に整理され得るのではないかとということで、事務局の方からその考え方の整理としまして、有識者会議の方にお出しして、それを踏まえて先ほど申し上げたように、後は大臣の方でこの有識者会議の報告書、あるいはその有識者会議の感じをよく踏まえて運用に当たってくださいという内容になってございます。大臣

も出席しておりますので、そこは御認識されております。

原委員 今日も御説明の資料で使われた概要なのですが、ここで書かれている「1 (1) 診療報酬改定の改定率の決定について」ということで、2つの があるわけですね。ここに書かれているこの2つの事柄を読む限りでは、現状やられていることを明確に再確認したというふうにし読み取れなくて、今後について、今とどうい変革になってきているのかというのがやはりよく見えないという感じがします。

今の御回答の中に、随分評価の話が出てきておりまして、事後評価とかそういうものを仕組みとして入れていくということになっていくということなのですが、その評価の在り方も「社会保障審議会」の方が主導権を持つことになるのか。それともその結果というのが中医協のここの進言のところにも来るようにも読み取れて、なかなか相関図と申すのでしょうか、プロセスが余り明確に見えない。何がどのように変わっていくのか。

特に評価のところは、何かどちらにも組み込まれているようにも聞こえますしというようなことがあります。恐縮ですが、変革になる点について、再度確認したいと思います。

堀江室長 恐れ入ります。そうしましたら、報告書の本体の2ページから3ページのところにかけてでございますけれども、お開けいただきたいと思ひます。

今、原委員のお話でございますが、2点に分けられると思ひてございまして、改定率のところについて、今までと変わったのか変わっていないのかというところの話をも少しははっきり言いなさいということでございします。

2ページの下のところ「診療報酬改定の改定率は、医療費に係る予算編成の際の算定根拠となる係数であり、その決定は内閣の権限である」という意味合いで行きますと、それは昔だってそうだろうし、今だってそうではないかというふうな気がされるころは、確かにそういうところがあるかもしれません。

ただ、次のページに移っていただきまして、一方で、具体的な診療報酬点数の設定と改定率とは密接に関連するものであることから、現在、中医協においては、全国の医療機関の平均的な収支状況等、物価・賃金の動向等のマクロの経済指標、保険財政の状況等を踏まえつつ、改定率についても議論が行われ、年末の予算編成に向けて、議論の成果を審議報告としてとりまとめている、あるいはとりまとめたきたということでございます。

次のところでございしますが、その改定率については、法律上、中医協の機能・役割としての位置づけがなされていない中で、言わば慣例として中医協で議論が行われてきていることが、中医協において改定率が決定されているかのような印象を与える原因となってきたということございまして、ここのところを今回、これは内閣の権限であるということを確認することが一つございします。

「したがって」ということございしますが、まず改定率は予算編成過程を通じて内閣が決定するものであるということ、ここに明確に確認します。その上で中医協におい

ても、医療経済実態調査等を踏まえ、改定率について議論を行い、その結果を厚生労働大臣に、言ってみればこれが改定率ですと言って社会に表明するというのではなくて、厚生労働大臣に今の医療機関の経営状態はこんなふうになっていますというような意見を進言することはあり得ますよと。

ただ、その場合でもということがなお書きでございますけれども、意見として進言というのは、法的な効力を有するものではなく、中医協が厚生労働大臣の諮問に応じて行う答申や、中医協がその機能として行う建議と言ったものとは異なりますということをもさに明確に位置づけて、参考的な意見の次元のもですよということを明らかにして、いわゆる制度上の権限ではないということを明確にしているというのが1点目のところでございます。

事後評価の方でございますけれども、これは14ページをお開けいただきたいと思えます。事後評価は今まで中医協の公益委員の機能として、支払と診療の調整の部分にやや偏り過ぎていたというのは少し前の方に書いてございまして、それはそういうことで、今後は事後評価なり検証なりの部分というのを少し公益委員の役割に位置づけていくべきではないかというふうな流れになってございまして、その事後評価については、今、原委員のお話は「社会保障審議会」の話か、中医協の話かということでございますが、これは中医協において、その診療報酬改定の結果の検証を行って、これを今後の診療報酬改定に係る議論につなげていく取組みが求められているということで、これはあくまで中医協の話でございます。

ただし、その次のところでございますが、診療報酬改定の結果の検証に当たっては、個々の診療報酬改定が意図した効果を挙げているか、先ほど言えば、小児救急の話の部分が意図できたような効果を挙げているかどうかといったような観点の検証だけではなくて、そもそも厚生労働大臣の下における他の諮問機関、これは「社会保障審議会」ですが、そこからいただきました基本方針に沿った改定になっていたかどうかということも、検証の一つとしてあるんだということでございまして、まさにお答えとしては中医協のやるべきことということでございまして、それは基本方針にちゃんと沿った改定になっているわけで、むしろ中医協だけで走っていませんかといったことも一つのポイントとしてあるんですよという内容になっているかと存じます。

鈴木主査 ほかの委員の方、どうぞ。

原委員 では、今、お聞きしていて一言だけ確認をさせていただきたいのですが、意見としての進言というものの位置づけというものは、より今回明確にされたということになりますか、これは公表されるということになりますか。公表されたとして、これまでとはやはり違うスタイルで意見書というのでしょうか。そういう形でまとめられるようなものになるのかどうかということを確認したいと思います。

堀江室長 中医協の審議は公開で行ってございますので、当然にこれをもって厚生労働大臣への意見としましょうということであれば、それは公開の場でその内容まで固まっ

ていくし、そのプロセスも公開されてございますので、国民の皆さんに見ていただくことができるかというふうに考えております。

阿曾沼専門委員 今、鈴木主査がおっしゃったような中医協の線引きの問題なんですけれども、一般的に見ると「社会保障審議会」の「医療保険部会」だとか「医療部会」というものが一体何をやっていて、どういう権限を持っていて、どれだけの重みを持っていて、それが中医協とのバランスがどうなっているのかということは非常にわかりにくいということが課題なのではないかと思えます。

もう一つは、個々の事例において、その判断の基準なりテーブルとか、その部分というのが非常にわかりにくいところがあるんですが、この点についても今後、具体的により議論を進めていく上で明らかにしていく方向感とか、具体的にこんなことを考えているということがもしあれば、お教えいただきたいと思えます。

堀江室長 「社会保障審議会」の方は、言わば社会保障の全体の政策を議論するところでございます。その中に医療、年金、医療提供、介護といったようなことのそれぞれの基本的な審議、例えば、次期の医療制度改革におきます基本的な議論などは「医療保険部会」なりでしていただいているというような意味で、その根幹に触れるような部分はその「社会保障審議会」がしています。

中医協というのは、基本的には診療報酬の改定を行う、ほかの療養費の改定を行う、あるいはこちらがお世話になりました、混合診療関係のところをやっていく際、今の枠組みの中では高度先進医療ですとか特定療養費の関係の決定を行うところの諮問を受けて答申をする機能を持っているというように、かなり内容としては特化した内容のものになっているわけでございます。

ただ、いかんせん診療報酬改定についての法的な位置づけもあるわけございまして、それについて、今の医療機関にまつわる部分というのは中医協の役割になっていますというのが、その「社会保障審議会」と中医協の一番大きな線引きでございます。

そして、先ほど、私の方から申し上げさせていただいた小児医療などの例を取ったものというのは、言わば有識者会議における議論で、厚生労働大臣もお聞きいただいた上での整理でございますので、まさにそうしたものを節目節目に振り返って、あのときはこういう整理をしていったということ運用をして、それが合っているか合っていないかは、それこそ後日検証されるものではないかと思えます。

鈴木主査 判例主義も結構ですけれども、中医協が診療報酬点数を決めるということで、現実に医療の世界に対しては強い力を持っている機関であることには変わりないわけですから、そこが他の機関の持つ能力などと比べてある意味で、優越する点があるがゆえに、その方針というものに逆戻りしていくということがないように、できる限り定型化して、こういう事項とこういう事項、というように過去の判例だけではなくて、将来も予測して制定法として、ここはこの機関がやって中医協はここまでの範囲しか介入できないというマップ、ルール、あるいは職務分担規定というものをお考えいただいて明

瞭にしておき、過去が繰り返されないようにするということが私は大事ではないかと思  
います。

では、次の問題に入らせていただいて、先ほどの第2点の病院の委員の選出方法が非  
常にわかりにくい。尾辻大臣のペーパーを読んでみても、行きつ戻りつ何か苦心の跡が  
あるのかなのかよくわからないのですが、なぜ一回日本医師会のところへ持っていく  
のか、そこで日本医師会は判断をするのかしないのか。ただ、受け取って持ってくるメ  
ールボーイなのか。メールボーイだったら、なぜメールボーイをさせる必要があるのか。  
判断をさせるのだったら、それはおかしいのではないか。この問題については少し絵解  
きをしていただかないと、尾辻ペーパーの意味が何回読んでもよくわからない。

堀江室長 お答えさせていただきたいと思います。

まず幾つかに分けてお話をさせていただきたいと思いますが、恐らく趣旨とし  
て言えば、直接推薦とすべきではないのかといったところかと思えます。厚生労働大臣  
から提示したしたものと言いますのは、厚生労働大臣から直接に病院団体に対して日本  
医師会に推薦名簿を提出してください、日本医師会は病院団体から提出されました推薦  
名簿を添付して、病院の名を併記した上で推薦名簿を提出する、との考え方でございま  
して、これは病院団体によります推薦名簿の内容を尊重しているということで、報告書  
の趣旨に沿っているものと考えているものでございます。

それから、これにつきましては、座長の方も記者会見の場におきまして、厚生労働大  
臣から紹介があった方法というのも、病院団体に対して直接依頼が出されている、医師  
会は名簿を添付して病院団体の名を併記した上で推薦名簿の提出を行うことがはっき  
りと書かれているということで、このような方法も病院団体の独自性が担保されている  
と言えるということで、御発言をなされているところでございます。

そうは言うけれども、病院団体に医師会の関与なしに直接推薦させればいいではない  
かというお考えが残っているのかと思えますが、日本医師会には医師の職能を代表する  
団体といたしまして、医師を代表する委員の被推薦者を取りまとめて、病院団体からの  
推薦を所与の前提とした上で、病院と診療所のバランス、医師と診療科のバランスなど  
を考慮して、委員全体の推薦名簿を提出するという役割を担っていただくこととしたも  
のであります。

よもやということで、何か日本医師会が病院団体の意見に賛成できないといったよう  
なこともあり得るのではないかみたいな話が御懸念の一つとしてあろうかと思えます  
が、仮に日本医師会と病院団体の意見が合わずに推薦できないような事態になれば、最  
終的には厚生労働大臣が職権で任命する道を明確にしていることが報告書の中にも明  
記されてございます。

そこだけごらんいただけるとよろしいかと思えますが、11ページ一番下でございま  
すが「例えば、厚生労働大臣より関係団体に対して期限を付して推薦依頼をしたにもか  
かわらず、関係団体が正当な理由なく期限内に推薦を行わないような場合には、厚生労働

大臣が職権で委員の任命ができるものと解するべきである」というふうにされておりまして、そういうことも踏まえると病院団体におきます、その推薦名簿の提出の独立性というのは担保されていると考えているところでございます。

また、病院団体の側においても、翌日に声明を出されてございまして、医師を代表する委員のうち2名を病院の意見を反映できる医師とするべき。病院の意見を反映できる医師については国民の目に見え、納得できるような形で選ばれるべき等の結論については、これまでの病院団体の主張をしっかりと受け止めていただいているものであり、日本病院団体協議会として大いに評価する。

また大臣から具体的な医師を代表する委員の選出方法が発表されたが、これについても有識者会議の報告書の趣旨を十分に実現できる仕組みとして、大いに評価するものだという評価をちょうだいしているところでございまして、そうした取組みにさせていただければと考えているのが、私どもの今の考え方でございます。

八代委員 だから、病院団体が評価しているというのは、全然、医師会を介さなければならぬ理由にならないわけで、ほかの一般の人間に対して、今、鈴木主査がおっしゃったように、なぜメールボーイの役割を日本医師会にお願いしなければいけないのか。それは勿論、もめれば職権で適用できるんでしょうけれども、もめる前に圧力で言わば、日本医師会がその委員はだめだというようなことを与える機会はあるわけですね。

堀江室長 病院団体は一つの団体ではございませんので、各病院団体が集まって協議をして、それで決めるというプロセスを踏んでおりますので、そこに日本医師会なりが事前に相談を受けて、こうですねというふうに打ち合わせをするプロセスというのはありません。

麦谷課長 観念的な議論よりも、実際に今、進んでいるプロセスを説明した方が御理解いただけるのではないかと思います。

例えば今、直接病院団体に推薦してはどうかという御助言なんですけど、病院団体というのは何かというのはなかなか難しゅうございます。日本病院会や全国自治体病院協議会以外にたくさんございます。そこで私どもが、11の病院団体が結集した日本病院団体協議会という、これは緩い結合体で、別に公法人とかそういう資格は持ってありませんけれども、11の病院団体が結集したということで、病院の占有率を考えると、8割以上カバーしているという団体はできましたので、そこに大臣から2名を推薦してくれるようお願いをいたします。

そうは言っても、例えば、病院の代表が2人と言われても、中医協は医師5人のうち自治体病院が2人なのかということになります。自治体というのは1号側の色彩もあるわけですから、それはバランスを欠くのではないかと指摘されますが、そうしましたら、まずその2名を日本医師会に出していただきます。その2名は私どもにも、カーボン・コピーで来ますので、変更はありませんから、病院団体が自信を持って推薦する2名です。

それを見ながら、日本医師会はトータル5名のバランスを考える。例えば、5名が全部外科医というのも、私どもとしては望む構成メンバーではありませんので、その辺はバランスを考えて、診療所などのバランスも考えて、残りの3名を日本医師会が考えて、2名はもう既に封筒に入っていますので、2名に日本医師会がプラスして5名を中医協委員として出してくるというのを今、考えております。その手続はすべて透明でございますから、そこは病院代表2名はきちんと日本医師会の意見が入らず選出されて担保されると認識をしております。

鈴木主査 もう一回念を押させていただきますが、病院団体の推薦する、特に日本病院団体協議会はまだ法人格はないというけれども、最近活性化して、そういう意思決定をしようとしていますね。それは非常によいことだと思いますが、そののところから出てきた推薦は、そっくりそのまま、これに医師会は文句は言いませんというのですね。どういう人が出てきたということ参照して、自分のところの枠の中の3名をどうするかを考えて、自分の推薦者を決めるだけだということですね。

麦谷課長 おっしゃるとおりです。

実際はここが先ほど、医師の職能団体である医師会にどうして聞くのかということです。窓口という形は勿論ありますが、メッセージボーイだけではなくて、実際その病院団体の代表2名というのは結局、普通は日本医師会の会員でもあるんです。

したがって、そういう意味では日本医師会がとりまとめるのは決して変な話ではないと私どもは考えています。

鈴木主査 そうすると医師会は郵便配達だけです。

水田局長 結局、団体推薦制という別のもう一つのテーマに係るかもしれませんが、私どもとしては、やはり中医協に医療界全体の意見というものがいかにバランスよく反映されるかということがポイントだと思っておりますので、それでまさに病院の医師、開業医も通じて、医師の職能団体である医師会を通じて、バランスの取れた形で推薦者名簿が挙がってくるということは一つ必要だろうと思っております。

ただ、その病院の2名については、今まで必ずしも病院の意見が反映されていなかったという実態上の問題があったという認識の下に、それは病院の枠というものをつくって、そこは病院団体が推薦すると。それを受けて、他のところでバランスを取るように医師会にはしてもらおう。役割からしてバランスを取るような役割をしてもらおうということで、ある意味で一つの結論として、そういうことでやっていきたいということです。

鈴木主査 そうということなら、病院団体の人はこういう人とこういう人ですということを、厚生労働大臣の推薦依頼を受けて、厚生労働大臣に名簿提出をしましたということを公表して、それから医師会が自分のところでバランスを考えて自分の推薦者を決めればよいではないですか。何もわざわざ通さなくてもよいではないですか。

ついでに言いますと、この前の大森座長のときにも言ってしまったのですが、あまりに医師会の言うがままでは、厚生労働省も問題です。

だから、余り医師会が独走しないようにしようすべきで、その意味でもなぜ医師会を通さなければいけないのかという疑問が生まれるわけです。自分でバランスを取るためとおっしゃるけれども、そのところに一遍通すなどという迂遠なことを、なぜやらなくてはいけないのかということです。

今の話だったら、医師会、病院団体が各々直接厚生労働大臣に報告する。それはどういう人だということ言えば、医師会がバランスを取るというのだったら、自分で判断して自分のところでバランスを取ればよい話ではないでしょうか。

水田局長 今のは報告書で言うと「問題意識」にあたると思いますので、必ずしもそれを共通の出発点には、私どもはしがたいわけでありますけれども、ここでもう一つ観点を変えますと、私どもに去年の年末の合意でいただいた課題。それから「骨太2005」でいただいた課題。それは病院を例示して、病院と多様な関係者の意見が反映されるような仕組みをつくることということが明記されていたわけです。

その課題にどう答えるかというのが、実は私どもとしては有識者会議に期待していたことでありまして、それについては満たされていると思います。まさに病院代表として出すということについては十分に担保されておりますので、まずやはり第一歩として、こういう話が病院代表をきちんとした形で出すということは中医協改革で示された有識者会議の報告をスムーズに実現させたいというのが、私どもの今の思いなわけです。

鈴木主査 将来的に日本病院団体協議会が今のような体制をより強くして、病院の総意を代表する者となっていく場合には、医師会とは別に病院団体に2人とか3人という枠を与えるわけなのだから、病院代表は病院団体から直接推薦してくださいというふうに変える気はあるのですか。

麦谷課長 将来的なことはわかりませんが、先ほど申し上げたように、11の病院であっても緩い結合体ですから、ここに推薦すると言ってもなかなか決まらないです。実際お決めになった方式は皆さんで投票したそうです。それで2つの団体を決めたということなんですが、ことほどさようにまだ本当に緩い結合体ですので、鈴木主査が言われたように、確かに非常に強固な団体になって、そういうことが実現したら、そのような可能性は確かに否定できませんが、逆にこんどは11の病院団体がそのまま日本医師会の中に組み込まれるという可能性もあるわけで、その場合は日本医師会に推薦するということもあり得ますので、それはいろんなケースがあると思います。

鈴木主査 逆に組み込まれるというのはどういう意味ですか。

麦谷課長 11の病院団体は緩い結合体ですから、日本医師会の中に病院協議会というものができると。同じものがそのまま移るという可能性もあるわけです。それは将来の可能性を言っただけで、別に今どうこうと言ったわけではないです。

阿曾沼専門委員 バランスというのは非常に重要だと思うんです。物差しをどこにするかということがあるんですけれども、違った物差しやバランスで考えれば医師会が2名、病院が3名という議論がありますね。これが2名ということに決まったプロセスという

のが一応は明らかになっているんですけれども、そこについて納得がいかないという部分が1つあるということ。

それから、なぜ3名かということになると、例えば、今の団体としては日本病院会と公私病院連盟がいわゆるバランスをとって1名1名だということになるわけですが、それは医療技術という側面からすれば、必ずしも高度な医療ばかりではないかもしれませんが、高度先進医療や、政策医療をやっているような国立病院機構だとか大学病院と言った、高度な医療技術を提供するところの代表というものもあっていいのではないかなという意図での病院枠3つというのも、そのバランスが取れているのではないかなということが1つ。

もう一つは、確かに看護の世界というのが、いわゆる診療報酬点数に深く関わるかとか、施設基準などには関わってくるわけですが、その看護分野というものの今後の取扱いの仕方ということについて、どういう方向感を持っていらっしゃるかを聞きたいと思います。今は専門委員であるわけですが、これをにわかに入2号委員に入れるか入れないかというのは少し乱暴な言い方かもしれないというふうには思いますけれども、看護師の師が変わったという意味であれば、医師、歯科医師、薬剤師という意味では、その師を代表する委員になってくるわけですし、人数も含めてどうかということについて、もし議論をされているのであれば少しお聞かせ願いたい。

ただ、それを入れるとコメディカルスタッフ全体の問題でどうなっていくかという、混乱する話になってしまうという議論もありますけれども、特に看護師に関してはやはりそれなりの議論があってしかるべきだと思います。

最後に、歯科医師。これは確かに委員の人数の問題の中で、歯科医師はどうするかという議論も出てくると思いますが、その問題については具体的にどういう検討と方向感を持っていらっしゃるのか、ちょっとお知らせいただきたいと思います。

堀江室長 今のは3点にわたっていまして、病院固有の代表2名をどういうふうを選ぶかというのは、病院の今の協議会になるようなもの。まさに自分たちが病院の大体をカバーしているという中で、今度はこういうふう議論をして、例えば、今、専門委員がおっしゃいますように、高度な部分のところは、こちらの人は中心的に考えておこうとか、それはいろいろとお考えいただいたらよろしいんだと思いますし、いろいろ議論はございますけれども、あくまでここは推薦制がいいのであって、官選は適当ではないというのが前提に立った考え方でございますので、協議会の方で適切に御判断いただき、あるいはその役割分担を決めていただいたらいいのかなと考えております。

2番目でございますけれども、看護の関係については先ほどの報告書の概要の部分には余り触れられておりませんが、議論としては比較的静かながらもきっちりとした議論がなされておまして、内容は10ページのところをごらんいただけたらと思います。

今、阿曾沼専門委員がおっしゃいますように、医療提供体制の中におきます看護の人

数が多いではないかというような話というのは一つあるわけございまして、診療側委員に看護師の代表を加えるべきではないかとの意見もありましたし、その際に看護協会なりからの意見書の要望書のようなものも出されてございます。

中医協においては、これは経過でございますが、在宅医療の推進、訪問看護の充実等の事項について審議するため、15年10月から看護の専門家が専門委員として任命されて、その中医協の最終的な意思決定を行う総会、基本的な問題についてあらかじめ意見調整を行う基本問題小委員会に所属して、これらの審議に参加することにより、看護師の意見が中医協における審議に反映される仕組みが設けられていますと。

現在、診療側委員として構成されている、医師、歯科医師、薬剤師というのは、言わば保険契約の当事者として現物給付のサービスを提供する一方で、対価としての診療報酬を受け取る主体だということでございまして、その看護師の代表というのは言わば、診療報酬の受け取る主体というよりは医療提供に従事する者という位置づけの方が強いわけございまして、そうした方の位置づけをどういうふうにするかについての整理が必要で、結論的には専門委員としての中医協の審議に参加している取扱いを継続しつつ、医療提供に従事する者の中医協の審議への意見の反映の在り方について、引き続き検討すべきであるという内容になってございまして、医師、歯科医師、薬剤師は、病院、歯科診療所、薬局という形で、療養の給付の対価を受け取る主体ということで、この額を決める中医協の中で整理されていますので、その中でサービスの提供に従事されている方のところを中心にはならなかったというのが結論でございます。

歯科医師の問題については、まだそういう意味では今後の委員構成全体の整理の仕方にも関わってきますので、確定的なことはまだ決まっているわけではございませんけれども、有識者会議の審議の中で、先ほど申し上げたような医療費ベース、医療施設、薬局従事者ベースあるいは医療施設数のベースなどにおいて、その医師、歯科医師、薬剤師のプレゼンスはどんな比率になっていますかというようなことの報告は求められていて、紙としては出てございませんけれども、そうした中で例えば、医療費をベースにすれば医師の関係する病院なり診療所というのは24兆ですが、それに対して歯科医師の関係する歯科医師診療所は2.5兆です、というような格好での整理をいろいろと報告をさせていただいているというところでございます。

原委員 2点なんです、先ほどの御回答について、こちらとしての意見を1つと新たに1つです。

先ほど、病院側の委員というものを医師会を通すということは、実質的にはその名簿をもらって、医師会として判断するために使っていると。ですから、そこでこの人選では困るというようなことを言っているわけではないというお話はあったわけですが、一方で鈴木主査がおっしゃられたように、医師会の存在というものです。私が一般消費者としてこの委員に参画をしておりますけれども、医療の業態というのは医師会の存在が大変大きいと考えてございまして、やはりその意味からしても、実際に病院の

団体が推薦なさる者を厚生労働省に直接提出して、それを医師会は横で参考に見て決定をなさるということを、私としても是非検討していただきたい。

先ほど、将来の姿として、医師会の中に病院団体が入ってくる可能性もあるというお話だったのですが、今そういう将来像が見えているわけではありませんし、やはり現状から結論を出していただきたい。医師会の組織率ということも勘案していただきたいと思います。

もう一点は、医師会は非常に大きく見えると言いましたけれども、逆にとても小さく見えるというのが医療消費者の存在です。公益委員を増やす、過半数にするというところなのですが、ここについてもなお一層の努力をしていただきたいと思いますので、その検討の道筋についても御回答をいただきたいと思います。

鈴木主査 それに加えて、いろいろ議論をしてきて、私は一番ポイントになるのは推薦制の廃止だと強く主張して、先般の有識者会議の大森座長のときにも、ほとんどそれに尽きるような話をしたのですが、何かこの三者構成がありきという点、あるいは委員の任命については官許では問題だというのだけれども、官許だからという理由だけでいけないのかというのも疑問です。中医協というのは、出身母体の利益を背負ってくる人たちに闘わせるような場所で本当に良いのかということもありますが、いずれにせよどこかで人選はやらなくてはならないのですが、透明な方法でやられればよいのです。今度の有識者会議の選定もそうですが、官房長官も入って選ぶというような形で決めて選んだわけです。

私だって、当会議の委員に選ばれているのはどうして選ばれたのか、私も知らないけれども、ではどういう行動をしたのかと言ったら、だれかの利益のために動いたということは全くないわけで、それはそもそも人間の属性の問題だから、厚生労働省の指名によるのでは面白くないというのは形式論であって、それよりも団体の利害を背負って物を言う人たちのかたまりの方がよほど始末が悪いという問題が解決されなかったのは、当会議としては大変遺憾です。

それを一番のポイントに挙げておったのだからという思いがありますが、これは引き続きの問題として議論するしか、今の時点では仕方がないのかもしれませんが、そのことも意見として申し上げておきます。

これは返事は特によろしいですね。

原委員 即答でなくても。

鈴木主査 では、時間も押しておりますので、そういういろんな問題がありますけれども、もう一つ、法改正を要する事項は何で、法改正を要しない事項は何だという点。そして、法改正を要しないものは即座にやっていきたいということをおっしゃられましたけれども、その実施予定というか、今後の対応のスケジュールについて、今でなくて結構です。ペーパーその他で、これは法改正を要します、これは要しません、こういうスケジュールでやりますということをお出しいただきたいと思います。よろしいで

しょうか。

堀江室長 お答えしてもよろしいでしょうか。

鈴木主査 簡単に。

堀江座長 先ほど来申し上げています、診療報酬に係る基本的な医療政策をその中医協以外の場、すなわち「社会保障審議会」の「医療保険部会」「医療部会」で審議するといった内容ですとか、広く国民の意見を募集するといったことは法改正を要せずできるものだと考えてございます。

支払側、診療側、8、8、公益が4という委員構成については法律事項でございますので、法律改正が必要だと考えてございます。ただ、その委員構成の見直しには法律改正が必要ですが、現行の制度の下でも対応可能な部分は速やかに実現していきたいと考えておりますという内容でございます。

鈴木主査 わかりました。特にほかにありませんか。

阿曾沼専門委員 最後に、先ほどの病院の代表2名という議論の中で、日本病院団体協議会が非常に緩い団体であるけれども、そこで議論され推薦をされてきたのだから、高度先進医療の代表も話し合いのなかで病院の状況を反映するような委員の構成は今きちんと推薦ができていく方向にあるんだということだと思わなければならないけれども、明らかに医師会が3であり病院が2というのは7月8日の厚生労働大臣の私的なペーパーというもので誘導されていって枠がもう決まっているので、日本病院団体協議会としてもいろいろ乱立をしていて、協議会としても緩いので意見がまとまらないというようなこともあって、やはり2名でしょうがなくてのみ込んでいるという部分があるのではないかなと思うんですが、今後この枠というものも時代の要請だとかの変化によって、また枠を変えていくという方向というのはあるんでしょうか。

麦谷課長 済みません。それはさっき私がお答えしなくて失礼いたしました。

その11の日本病院団体協議会で今、言われたような高度先進の話、大学病院の代表という話を6回も7回もそこで議論されました。聞きましたら、今回2年の任期で初めての試みで病院代表が出るということで、やはり病院経営者ということ優先ということで、国立大も私立大も国立病院も今回はすべて辞退すると言われたそうで、その結論として日本病院会と公私病院連盟になりました。

ですから、今、言われたように2年任期が経てば、また新しくなりますので、そのときに中で議論されると私どもは理解しております。

鈴木主査 よろしいですか。

では、どうもありがとうございました。今日の議論は時間もまいりましたので、とりまとめさせていただきたいと思っております。

今日は厚生労働省から中医協改革について、有識者会議の報告の内容を中心に御説明をいただき、意見交換をさせていただきました。

私どもの立場からしますと、先ほど申し上げましたように、改革の実を上げていくた

めには幾つかの問題点があると考えております。現時点では残念ながら、それらの点については必ずしも意見が完全に一致しているわけではございません。また、有識者会議の提言を実現するに当たっては法改正を必要とする事項も含まれております。

したがって、本日この会合で終わりということではなく、年末に向けて引き続きこのような場を設けて、意見交換をさせていただくことが必要だと思います。

その間、厚生労働省におかれましては、私どもが本日申し上げた点を十分参酌されて、改革の所期の目的を達成することができるよう、よろしく御対応のほどをお願いしたいと思います。当会議としては引き続き動向を注視していく考えです。

ということで締めくくらせていただきますが、局長、何かおっしゃりたいことがありましたら。

水田局長 冒頭申し上げましたように、診療報酬改定を前にして、中医協委員に今まさに病院代表を入れるかどうかというところにかかっておりますので、その点に関して、我々は前に進みたいと思っておりますので、よろしく御理解を賜りたいと思います。

鈴木主査 私どもは満足したわけではないから、引き続き監視をするということです。そのように受け止めておいてください。

では、今日は閉会としたいと思います。今日はお忙しいところ、ありがとうございました。