



全日病 NEWS 6/15

発行所/公益社団法人全日本病院協会
発行人/西澤寛俊
〒101-8378 東京都千代田区猿楽町2-8-8
住友不動産猿楽町ビル7F
TEL (03)5283-7441
FAX (03)5283-7444

ALL JAPAN HOSPITAL ASSOCIATION NO.826 2014/6/15 <http://www.ajha.or.jp/> mail:info@ajha.or.jp

保険外併用療養費制度に「患者申出療養(仮称)」を創設

混合診療 田村・稲田両大臣が合意。安倍首相が法改正を指示。「選択療養」構想がベース

田村厚生労働大臣と稲田行政改革担当大臣は6月6日に厚労省内で会談し、新たな保険外併用の仕組みを創設することで大筋合意するとともに、その方針を6月末に閣議決定する成長戦略に明記、来年の通常国会で健保法等の改正を図ることで一致した。

両大臣は合意した内容を文書で確認、今後、合意内容にそって厚労省が制度の具体的設計を進めることを確認した。

6月10日に都内の慶應義塾大学病院を訪れて先進医療に関する説明を受けた安倍首相は、視察後の記者会見で、「患者申出療養制度」を創設することを決め、今朝、田村大臣と稲田大臣に、

大学病院・基幹病院と一般病院とで分担連携して対応

合意文書によると、「新たな保険外併用の仕組み」は、規制改革会議が提案した「選択療養制度」の構想をベースにしており、概ね、次のような骨子からなる。

●「保険外併用療養費制度」の中に、法改正により、患者からの申し出を起点

新たに患者本位の仕組みを作るように指示した」ことを明らかにした。

10日の夕刻に厚労省保険局医療課は合意内容について記者発表を行なった。

「患者申出療養制度」について、安倍首相は会見で、以下のとおり説明した。
— 安全性、有効性を確認しつつ、審査期間、時間を抜本的に短縮していく。実施医療機関も、より身近な医療機関でも受けられるように、柔軟に対応する仕組みにする。安全性や有効性が確立すれば、最終的には保険適用としていく。こうした患者本位の新たな療養制度を作るために、次の通常国会に関連の法案を提出し、成立を図る。

とする新たな仕組み(患者申出療養=仮称)を創設する。

●「患者申出療養」は、医師が治療の内容や安全性・有効性などを十分に説明し、患者が理解、納得したうえで申し出ることを前提とする。

●未承認の診療に関する豊富な知見を

有する臨床研究中核病院と患者に身近な地域の医療機関が、診療内容に応じて連携協力を図りながら、患者の申し出に係る診療をできる体制を構築する。例えば、リスクの高いものは大学病院や地域の基幹病院、リスクの低いものは対応可能な地域の病院で受けられるようにする。

●国において専門家の合議で安全性・有効性を確認する。エビデンスのある診療はできるだけ対象とする。運営の具体的なあり方は新しい仕組みの施行までに検討する。

●「患者申出療養」の前例がある診療は、その前例を扱った臨床研究中核病院が申請から原則2週間で判断し、受診できるようにする。前例のない診療は国の専門家会議が申請から原則6週間で判断し、受診できるようにする。



●「患者申出療養」で実施される治療の保険収載に向けて実施計画を作成し、国において確認するとともに、実施に伴う重篤な有害事象や実施状況、結果などの報告を求める。保険収載のための長期的な評価が必要なものも対象とする。

●臨床研究中核病院は限定することなく、要件を満たせば追加していく(現在審議中の医療法等改正法案で承認の仕組みが見直される)。臨床研究中核病院の承認に伴い、対応医療機関(協力医療機関)を随時追加していく。

骨太方針に「薬価の毎年改定」。田村厚労大臣は否定的

6月9日に開催された経済財政諮問会議は2014年の骨太方針の素案について議論した。

「経済財政運営と改革の基本方針2014(仮称)」と題された骨太方針の骨子案に、医療・介護は、「主な歳出分野における重点化・効率化の考え方」の「社会保障改革」に、「医療・介護を中心に社会保障給付を効率化・適正化。その際、先進的に取り組んでいる地域の事例を横展開。特に、医療・介護提供体制の適正化、保険者機能の強化と予防・健康管理、介護報酬改定の取組、薬価の適正化、年金給付のあり方の検討、生活保護の適正化等に取り組む」と書き込まれた。

この中の「薬価の適正化」について、会議後の記者会見で甘利内閣府特命担当大臣は薬価の毎年改定を意味するこ

とを認め、「市場価格に公道価格をできるだけ早く近づけるということは、大事なことである。関係団体からの反対意見も出されているようだが、取り組んでいかなければならないと思っている」という認識を表明した。

「薬価の毎年改定」は財政審が5月27日にまとめた「財政健全化に向けた基本的考え方」で取り上げられ、骨太方

針に盛り込まれた。

財政審の「基本的考え方」に明記されたことについて、田村厚生労働大臣は6月3日の記者会見で、「かなり煩雑になる上、正確に実勢価格が把握できるかという問題がある。これに対しては我々はかなり不安がある。そういうことも踏まえると、私はかなり難しいのではないかと率直な疑問はある。財

政審が求めている効果が得られるのか疑問がある。今の私の感覚では難しいと思う」と否定的な考えを示した。

その上で、「有効でなければ盛り込むというわけにはいかない。それも含めて、我が省でできるのかできないのか一応検討したい」と述べ、厚生労働省として検討せざるを得ないとの認識を表わした。

医療費の支出目標

麻生大臣「総理からも指示が出た。具体案の検討を進めたい」

麻生財務大臣は5月30日の記者会見で、「財政健全化に向けた基本的考え方」で提言された「医療費の支出目標」について、次のように説明した。

— 先月の経済財政諮問会議で私の方か

ら提案した。その際、安倍総理からも、国や都道府県ごとの医療費の水準のあり方を含め、その具体化に向けた検討を進めてほしいとの指示をいただいた。関係大臣と連携をとりながら具体

的な案の検討を行なっていきたい。

これは非常に大きな問題であり、財務省としても前々から検討していたが、総理の指示も出たので、きちんとやっていかなければいけないと思っている。

2025年に向けた中長期の社会保障像を議論

「社会保障制度改革推進会議」を設置

政府は「社会保障制度改革推進会議」に関する政令を6月6日に閣議決定した。社会保障改革プログラム法にもとづくもので、政令は、社会保障制度改革推進会議令と同会議規定の施行日の2件。

改革推進会議は2025年に向けた中長期の社会保障像を議論し、1年程かけて報告書をまとめる。第1回会議を6月下旬から7月にかけて開催する。

議論のテーマ別に非常勤の専門委員も置く方針で、医療・介護については今秋までに、制度横断的な課題については年末以降に専門委員を選任する。改革推進会議のホームページを立ち上げるとともに、会議はインターネット中継される。

委員は6月12日付で11名が任命されたが、そのうちの8名は社会保障制度改革国民会議の委員を務めている。

改革推進会議の課題について、甘利内閣府特命担当大臣は6月6日の記者会見で、次のように語った。

— 前身の国民会議の検討項目に沿って、それをより具体化、かみ砕いた制度設計を図っていく。経済財政諮問会議の下

の『選択する未来委員会』が提示したように、50年先に向けて何が大事であり、それに2020年ぐらいまでに対応することが大事ということ踏まえ、プライオリティを決めて進めていくことになる。

「日本再興戦略」改訂版に「非営利HC型法人制度の創設」

6月10日に開かれた産業競争力会議は、アベノミクスの3本目の矢となる成長戦略をまとめた「日本再興戦略」改訂版の骨子をまとめた。6月27日に閣議決定する予定だ。

骨子は、昨年6月に策定した「日本再興戦略」で積み残した課題の1つに医療・介護分野を挙げ、これらに対応する方針を明記するとしている。

具体的には、「戦略市場創造プラン」の頭に位置づけられた「国民の『健康寿命』の延伸」に、以下の4つの課題をあげた。

- ①効率的で質の高いサービス提供体制の確立
・非営利ホールディングカンパニー型法人制度(仮称)の創設 等
- ②公的保険外のサービス産業の活性化
・個人・保険者・経営者等への健康・予

【社会保障制度改革推進会議の委員】

伊藤元重(東大大学院教授)、遠藤久夫(学習院大経済学部長)、大日向雅美(恵泉女学園大大学院教授)、権丈善一(慶大教授)、神野直彦(東大名誉教授)、清家篤(慶應義塾長)、武田洋子(三菱総合研究所主席研究員)、土居丈朗(慶大教授)、増田寛也(東大大学院客員教授)、宮島香澄(日本テレビ解説委員)、山崎泰彦(神奈川県立保健福祉大名誉教授)



- 防インセンティブの付与 等
- ③保険給付対象範囲の整理・検討
・保険外併用療養費制度の拡大 等
- ④医療介護のICT化
・健康・医療分野におけるICT化に係る基盤整備 等

番号制の医療等における活用方法などを検討

医療等分野の番号制度活用等に関する研究会 16年1月のマイナンバー開始に備え、年内に方向性をまとめる

厚生労働省は、医療等の分野における社会保障・税番号制度の具体的な活用方法について検討する「医療等分野における番号制度の活用等に関する研究会」を設置し、5月30日に初会合を開いた。

事務局(政策統括官付情報政策担当参事官室)は、検討課題に、①番号の医療等分野における具体的な利用の想定、②当該番号を活用した情報連携基盤の整備、③当該基盤にかかわる技術検証並びに費用と効果の検討の3点をあげ、年内に一定の方向性をとりまとめるよう要請した。

2013年5月に成立したマイナンバー法とその関連法により、2016年1月から

個人番号カードを使った閲覧や電子手続き等が始まる。

政府のIT総合戦略本部に付設された「新戦略推進専門調査会マイナンバー等分科会」は5月16日に、マイナンバー制度の作業課題と論点を整理した中間報告をとりまとめ、マイナンバーによって、税の分野だけでなく、社会保障分野でも情報提供ネットワークを介した資格取得や確認あるいは自己情報の閲覧が可能となるが、社会保障に関する事務処理以外の具体的な活用方法は今後の検討課題とされた。

研究会は、医療・介護分野でマイナンバー制度をどう活用できるか、医療・介護用の番号をふる必要があるか、また、

それを担保する情報連携基盤の設計をどうするか、さらには費用対効果をどう考えるかなどについて研究し、政府に提言するために設置された。

マイナンバーの仕組み自体は、主に行政機関等を情報連携対象とした情報ネットワークとして考えられている。医療・介護に関する情報を収集し、各種閲覧に供するなどの活用を可能にするためには、このネットワークの情報連携対象に医療機関等を加えるとともに、マイナンバーとそのカードに医療分野に用いる符号等の情報を追加しなければならない。

この点について、厚労省は、すでに2012年4月に検討会を設置し、マイナン

バーとは異なる、医療等分野でのみ使える番号について検討を行ない、同年9月に「医療等分野における情報の利活用と保護のための環境整備のあり方に関する報告書」をまとめている。

ただし、このときの議論は、個人情報保護の問題だけでなく、各レベルの医療機関や介護事業者がどこまでカードに対応できるかなど、難しい問題点も指摘された。

このときの議論を踏まえ、研究会は、医療における番号制の可能性をあらためて具体的に検討することになる。

初会合のこの日は、主に、政府と厚労省における検討と議論の経緯などが報告された。

介護給付費分科会

介護報酬改定 集合住宅の不適切事例への対応が大きな論点に

6月11日の社会保障審議会介護給付費分科会に、事務局(厚労省老健局老人保健課)は、2015年度介護報酬改定に向けた検討課題として、高齢者向けの集合住宅に対するサービス提供と認知症への対応を取り上げ、それぞれの論点を示した。

認知症対応型共同生活介護(グループホーム)について、①医療ニーズがある者に対応した医療連携の評価、②夜

間ケア加算の充実と要件の緩和などをあげたほか、認知症に関連した加算の整理拡充などを論点にあげた。

高齢者向け集合住宅に関しては、自治体が行政指導する上で標準となるガイドラインを策定する考えを明らかにしたほか、不適切な事例を抑止するために、2014年度診療報酬改定を参考に減算措置の強化を図る必要性を提起するとともに、在宅医療と異なりケアプ

ランが介在することから、ケアプランチェックの実施や地域ケア会議の強化を含む体制面からも対策を検討する必要があるとした。

減算措置を強化する発想に、少なからぬ委員から疑問と異

論が示されたため、事務局は報酬と体制面の対応をバランス図って措置していく方向で議論を進める考えを明らかにした。



日本商工会議所が医療への株式参入を要望

「非営利ホールディングカンパニー型法人制度」の創設に賛同を表明

日本商工会議所(日商)は5月9日に、「中小企業の活力強化・地域活性化のための規制・制度改革の意見30」と題した要望を規制改革会議、経済財政諮問会議、産業競争力会議に提出。その中で「株式会社による医療機関への直接参入」を認めるよう規制改革を訴えた。

「規制・制度改革の意見30」は、2014年2月から3月にかけて各地商工会議所の会員企業等にヒアリングを行ない、規制・制度改革を希望する中小企業の声を30項目にまとめたもので、医療・介護に

関しては、株式会社の医療参入以外に、例えば、以下の要望を取り上げている。①民間企業が行う急病人等搬送サービスに使用する車両を緊急自動車として認めること

②“かかりつけ医”などを選びやすくするため、医療機関の広告を自由化すること

③関西イノベーション国際戦略総合特区における臨床修練制度の修練期間(現行最大2年間)を4年間に延長すること

④高齢者等の生活支援や老人ホーム等

を運営する社会福祉法人等が利用者の財産を管理・処分できるよう、信託業の免許を与える対象に加えること

⑤国家戦略特区に限られた外国人の医師と看護師による外国人の診察と看護の特例措置を、国際的ビジネス拠点・外国人の生活基盤の整備や外国人旅行者(インバウンド)の利便性向上に取り組む他の地域でも認めること

126万にものぼる主に中小企業を組織している日商は、日本経済団体連合会や経済同友会と並ぶ「経済3団体」の

1つである。

この5月19日に、健保連、協会けんぽ、経団連、連合の5団体で医療保険制度改革に関する要望書を提出するなど、政策提言には熱心な団体として知られる。

規制・制度改革を希望する中小企業の声をまとめた要望は昨年の「意見50」が初めてだが、株式会社の医療参入はそこにも掲げられ、2年連続の要望となった。

「意見30」は、また、株式会社の医療参入という要望事項の注釈で「非営利ホールディングカンパニー型法人制度」の創設にも言及、「こうした法人制改革を更に進め必要がある」としている。

疑義解釈7

短期滞手術等基本料 手術・退院後7日以内の再入院は出来高を算定

2014年度診療報酬改定の「疑義解釈その7」(6月2日付)が公表された。今回は、疑義解釈の1~5までの修正部分も併せて示された。

「その7」では、短期滞手術等基本料について、白内障を例に、入院から5日以内に手術・退院した後に、退院から7日以内に再入院した場合と8日以降に再入院した場合との、算定の違いが具体的に示されている(問6=後出)。

留意事項の通知では「短期滞手術等基本料は、当該患者が同一の疾病に

つき、退院の日から起算して7日以内に再入院した場合は算定しない」とされているが、地方厚生局によって解釈が異なるとの声もあり、本省の見解を明確にしたことになる。

なお、ADL維持向上等体制加算の研修要件に関する質問への回答で、全日病が7月に開催する「ADL維持向上等体制加算研修」が研修事例として紹介されている。

以下に、「疑義解釈その7」で扱われたQ&Aの抜粋を紹介する。

「疑義解釈その7」から ※文中の取消線と太文字は修正箇所を意味する(別添8)

<別添1>

●短期滞手術等基本料

(問6) 水晶体再建術を左右に行う場合に、下記のようなケースにおける短期滞手術等基本料3の算定はどのようになるのか。

① 4月10日に入院→4月11日に右側実施→4月13日に退院→4月17日に入院→4月18日に左側実施→4月19日に退院。

② 4月10日に入院→4月11日に右側実施→4月13日に退院→4月24日に入院→4月25日に左側実施→4月26日に退院。

(答) ①短期滞手術等基本料3+出来高(入院した日から起算して5日以内に手術・退院したため、短期滞手術等基本料3を算定。その後、退院の日から起算して7日以内に再入院したため、短期滞手術等基本料3は算定せず、出来高で算定)、②短期滞手術等基本料3+短期滞手術等基本料3(入院した日から起算して5日以内に手術・退院したため、短期滞手術等基本料3を算定。その後、退院の日から起算して7日を超えた日に再入院したため、短期滞

手術等基本料3を算定)、の算定となる。

●リハビリテーション

(問10) がん患者リハビリテーション料の届出をしていない保険医療機関において、廃用症候群のリハビリテーションとがん患者リハビリテーション双方のリハビリテーションを必要とする状態の入院患者に対して、脳血管疾患等リハビリテーション(廃用症候群の場合)を算定することができるのか。

(答) 廃用症候群のリハビリテーションとがん患者リハビリテーションの双方が必要な場合、がん患者リハビリテーションの適用が優先されるため算定できない。がん患者リハビリテーションを提供するために、がん患者リハビリテーション料の届出を行っていただきたい。ただし、平成26年3月31日において、脳血管疾患等リハビリテーション料(廃用症候群の場合)を算定していた患者については、がん患者リハビリテーション料の施設基準において、研修要件を満たしていないため届出できない場合についてのみ、平成27年3月31日までに限り、廃用症候群に係る評価表(別紙様式22)にその理由を記載した上で脳

血管疾患等リハビリテーション料(廃用症候群の場合)を算定することはやむを得ないものとする。

●DPC

(問9-9) DPC対象病院において、短期滞手術等基本料3を算定した後、7日以内に同一傷病で再入院した場合、どのように算定するのか。

(答) 前回入院で短期滞手術等基本料3を算定した場合は、同一傷病による再入院の際もDPC包括評価の対象外として取り扱うこと。

<別添8=「疑義解釈4」の修正>

●入院基本料

(問2) 療養病棟入院基本料1の在宅復帰機能強化加算における退院した患者の定義について、在宅復帰機能強化型の療養病床から、病院内のそうではない療養病床に同一の保険医療機関の当該加算に係る病棟以外の病棟へ転棟した場合は、在宅に退院したとみなされるのか。

(答) みなされない。ただし、当該病棟から退院した患者(当該病棟に入院した期間が1月以上のものに限る)には含まれる。

来年法改正に向け医療保険の見直し議論が本格化

医療保険部会 高齢者医療の支援めぐり堂々巡りの議論。給付抑制では一致か

社会保障審議会の医療保険部会は、プログラム法(持続可能な社会保障制度の確立を図るための改革の推進に関する法律)にもとづく医療保険制度改革の議論を始めた。4月21日の部会は検討課題(別掲)と議論日程について確認した。プログラム法に明記されたうち、例えば、70～74歳までの2割負担の実施は2014年度の予算措置と政令改正によって実施されるなど、14年度の実施が決まっているものもあるが、それら以外は、15年の通常国会に提出する健保法等改正法案に盛り込まれる。

これらの課題は今年12月までに改正案をとりまとめることになるが、まずは7月をめどに議論を一巡させ、8月以降に個別議論を深めるというのがおおまかな日程だ。

議論を開始した5月19日は、国保運営主体の都道府県への移管、国保に対する財政支援、後期高齢者支援金の総報酬割、低所得者保険料の減免措置、高齢者医療に対する現役世代の負担、国保における一般会計繰入など、様々な論点が行きかった。

その中で、支援金等の追加負担を求められる被用者保険の委員からは「高齢者医療制度のあり方の全体をきちんと議論すべきだ」との不満が投げかけられた。

市町村国保の運営主体を都道府県に移す方針について、地方公共団体の委員は「都道府県と市町村の役割分担の問題があるが、国と地方との協議が進まない」と不満を表わした。

中村国民健康保険課長は「国保財政

の構造的な問題の解決が、移行と分担を議論する前提となる。なにをどう分担するかはこれからの議論だ」と述べ、国保財政への支援策を実現する法改正議論が先行するとの認識を示した。

国保について、被用者保険の委員は、「一般会計からの法定外繰り入れが都市部で多い。しかし、都市部は所得捕捉率も保険料率も低い。全国平均まで引き上げれば繰り入れはいらなくなる。この抜け道を見直し、給付の拡大も保険料の範囲にとどめるべきではないか(白川委員=健保連専務理事)など、赤字の原因の一端は国保の体質にあると論じた。

市町村国保の収支は、全体の収支差-3,055億円のところに一般会計繰入金で3,534億円計上して収支差引額479億円と見かけ上の黒字を確保している(12年度単年度)。

このように、市町村国保の単年度収支は恒常的に赤字で、大都市圏を中心に決算補填のための一般会計繰入が恒常化している。

これに対して、被用者保険の委員は保険料の引き上げと給付額の抑制を求め、いたずらに現役世代による支援の増額に頼るべきではないとしたが、都道府県の委員は「保険料率の引き上げは中間所得被保険者の負担を強め、収納率を下げることになる」と反論した。

こうした矛盾はあるものの、市町村国保は、退職後の被保険者が後期高齢者になるまで加入して医療給付を受け続けることができる“ラストリゾート”であるのも事実だ。

都道府県「国保財政の改善が移管の前提」

わが国の高齢者医療は、現在、65歳～74歳は、被用者保険、退職者医療制度(2019年までの経過措置)、市町村国保に加入して給付を受けているが、多くが国保に加入しているため、被用者保険が国保に前期高齢者納付金を納めて不均衡を補っている。

一方、75歳上の後期高齢者は、都道府県ごとに市町村が加入する「後期高齢者医療広域連合」を介して給付を受けており、患者負担を除く医療費は、後期高齢者の保険料(1割)、国保と被用者保

険からの後期高齢者支援金(約4割)および公費(約5割)でまかなわれている。

前期高齢者納付金や後期高齢者支援金あるいは退職者給付拠出金(経過措置)等の負担は被用者保険の財政を大きく圧迫、義務的経費に占める割合(介護を除く)は健保組合で47.7%、協会けんぽで41.9%(14年度)に達している。

これら負担の保険者ごとの額は加入者の割合にもとづいて算定されてきた。しかし、10年の健保法改正の際に、後期高齢者支援金については、国保と被



▲高齢者医療に対する支援をめぐってさまざまな意見がとびかった(5月19日の医療保険部会)

保険者間の按分は加入者割とするが、被用者保険者間の按分は「2/3は加入者割とし、1/3は総報酬割とする」特例が3年間限りで導入された。

この特例は、標準報酬額が相対的に少ない協会けんぽに対する財政支援として、12年の健保法改正で14年度までの2年間延長された。

その後、一体改革で後期高齢者支援金に対する総報酬割の全面導入が提起され、プログラム法に書き込まれたため、標準報酬額が高いために負担額が引き上げられる健保連は苦境に立たされている。

総報酬割の拡大は協会けんぽの支援金額を減らすため、この問題で被用者保険は利害が分かれる。

そこで、総報酬割拡大に抗しきれないとみた健保連は、総報酬割拡大で浮いた協会けんぽに対する国庫補助を国保に投入するという政府方針に強く反対する戦術に出た。

この戦術に、協会けんぽも「浮いた公費は被用者保険の強化充実に使うべきである」と同調。協会けんぽに対する国庫補助率の引き上げを要求している。

他方、都道府県は、浮いた公費の投入等国保に対する国庫補助の増加が都

道府県による運営の前提であるとし、財政面の改善と都道府県移行をパートナーとするよう求めている。

5月28日の部会で、全国知事会の委員は「国保の財政基盤強化が果たされれば移管を受け入れる」と発言、学者などの委員から「今頃、そういうことを本気で言っているのか」と揶揄されたが、医療提供体制の縮減や診療報酬の単価操作を除くと、今のところ、繰り入れで赤字を埋める以外に有効な手立てがないことも事実だ。

そうした都道府県に対して、被用者保険の側は国保の財政体質を強く批判し、現役世代(被用者保険)の支援に依存した構造の抜本改善を求めている。

こうした堂々巡りの議論から医療保険制度を救済するために消費税率は引き上げられたはずであるが、当面の税率では補えないほど保険財政は悪化をたどっている。

政府は、社会保障制度改革推進会議の設置や医療費の支出目標設定など、新たな態勢で給付費とりわけ公費負担の抑制に努めようとしており、医療保険制度改革をめぐる議論は、ますます、限られた財源を奪い合い、負担のつけ回しを画策する、出口のみえないものになろうとしている。

2015年通常国会に提出する法案に盛り込む課題

- プログラム法の関係
 - ・国民健康保険に対する財政支援の拡充
 - ・国保運営の移管にともなう都道府県と市町村の役割分担に必要な方策
 - ・協会けんぽに対する国家補助にかかわる所要の措置
 - ・後期高齢者支援金の額の全てを標準報酬総額に応じた負担とすること
 - ・被保険者の所得水準の高い国民健康保険組合に対する国庫補助の見直し
 - ・国保保険料の賦課限度額及び被用者保険の標準報酬月額等の上限額の引上げ
 - ・外来及び入院に関する給付の見直し
- プログラム法関係以外 (今後の議論による)

ベトナムから初の看護師・介護福祉士候補者

EPA(経済連携協定)にもとづくベトナム人の看護師・介護福祉士候補者138人が6月6日に初めて来日した。内訳は介護福祉士候補者117人、看護師候補者21人。

千葉県幕張で日本語や日本の文化等について学び、8月半ばからそれぞれの施設に向かう。全国で73の病院や介護施設が受け入れを決めている。

インドネシア、フィリピンに次ぐ3カ国

目となるが、ベトナムが2カ国と違うのは、日本政府の負担で母国で1年間の語学研修を受け、日本語能力試験(N3)をクリアしている点だ。

前の2カ国の候補者も訪日前研修を受けるが、期間が短く、日本語能力試験の合格は来日要件になっていない。この合格要件は、第1陣から5年後に、さらに

高いレベルとするかどうかなどの見直しを日本側が判断することになっている。

ベトナムは、日本だけでなくドイツとの間にも、看護・介護労働者の養成・資格取得の枠組みをこのほど設けた。アジアの優秀な若者を日本の医療・介護にどう誘致するか、諸外国との競争は強まる一方だ。

医療事務技能審査試験(医科・歯科)

＜称号＞メディカル クラーク®

医療事務技能審査試験は、医療事務職の知識と技能を審査・証明する試験として、約40年にわたり、医療事務関連試験のスタンダードとして実施しています。

医事業務管理技能認定試験

＜称号＞医事業務管理士®

出来高請求および包括評価請求での診療報酬請求事務業務をはじめとした、病院医事業務従事者の能力を評価する試験です。

医師事務作業補助技能認定試験

＜称号＞ドクターズクラーク®

【主催】公益社団法人 全日本病院協会・一般財団法人 日本医療教育財団
医師事務作業補助体制加算の施設基準として定められている基礎知識の習得科目に対応した、医師事務作業補助者の能力を評価する試験です。

■受験資格 問いません。
■試験会場 各都道府県内の公共施設等。
■受験料 6,700円
■試験日 年12回(毎月)
■試験科目
＜実技Ⅰ＞患者接遇
＜学 科＞医療事務知識
＜実技Ⅱ＞診療報酬請求事務(明細書点検)

■受験資格 問いません。
■試験会場 各都道府県内の公共施設等。
■受験料 7,200円
■試験日 年3回(7月・11月・3月)
■試験科目
＜実技Ⅰ＞患者接遇・院内コミュニケーション
＜学 科＞医事業務管理知識
＜実技Ⅱ＞診療報酬請求事務(明細書点検)

■受験資格 医師事務作業補助職としての実務経験等があります。
■試験会場 各都道府県内の公共施設等。
■受験料 8,300円
■試験日 年6回(奇数月)
■試験科目
＜学 科＞医師事務作業補助基礎知識
＜実 技＞医療文書作成

●試験の詳しい資料をご希望の方は右記へご請求ください。
●ご請求の際は、「請求番号 1923」とお知らせください。

一般財団法人 日本医療教育財団

〒101-0064 東京都千代田区猿樂町 2-2-10-1923
TEL 03(3294)6624 http://www.jme.or.jp

「支出目標」、薬価の毎年改定、介護報酬適正化を求める

財政審「財政健全化に向けた基本的考え方」 支出目標 来春の法改正を要求。「地域医療構想と現行医療費適正化計画に導入すべし」

5月27日に開かれた財政制度等審議会財政制度分科会(審議会会長兼分科会長・吉川洋東大大学院教授)は、財政の健全化を推し進める視点から2015年度予算編成の方向を提言した「財政健全化に向けた基本的考え方」をまとめ、5月30日に公表した。

その中で、①国・地域・保険者各レベルで医療費の「支出目標」を設定する制度の導入、②毎年の薬価調査と市場実勢価格下落の診療報酬への反映(薬価の毎年改定)、③特養等の内部留保も踏まえた介護報酬適正化の3点を「まずもって重要であり、避けて通ることは許されない改革の道である」と指摘。「当審議会として断固実現を求める」と強い表現で、安倍内閣に対応を求めた。

麻生財務大臣は、同日開かれた経済財政諮問会議で、「基本的考え方」の内容を「骨太の方針」(「経済財政運営と改革の基本方針2014」)に盛り込むよう、同会議に要請した。

給付費の持続的抑制を強調。麻生大臣「骨太方針に盛り込む」

「基本的考え方」は、前出以外にも、④受診時定額負担制、⑤公費拡大を招かない保険外併用療養制度の設計、⑥特許切れ先発品の参照価格制度、⑦費用対効果が低い診療報酬項目を保険外併用療養とする「逆評価療養」制、⑧終

末期医療のあり方の検討、⑨保険料負担の「負担能力別」への切り替え、⑩高齢者等の保険料軽減措置の見直し、⑪介護保険被保険者対象年齢の引下げ、⑫混合介護の普及・促進など、数多くの制度改正を提言した。

さらなる改革なければ長期的に財政破綻と危機感

例年以上に強い論調で社会保障費の削減を訴える背景に政府の財政健全化目標がある。それは、財政健全化の指標として用いている国と地方を合わせたプライマリーバランス(PB=基礎的財政収支)を均衡化させるという方針である。

わが国財政の借金依存は、債務残高の対GDP比でみると、14年度に230%に達するという異常な水準になっている。しかし、(1)PB赤字の対GDP比を15年度までに10年度の半分に減らし、(2)20年度までにPBの黒字化を達成することによって、この水準を安定させて債務危機を回避するというのがPB均衡化の目標で、これは国際公約となっている。

「基本的考え方」は15年度の赤字半減の前提は消費税率の10%への引き上げであるとした上で、赤字半減を達成した後も、20年度の黒字化達成にはさらに15兆円程度のPBの収支改善が必要となり、さらなる財政健全化の取り組みが欠かせないと説明する。

しかし、内閣府が1月20日に示した「中長期試算」は20年度までの国と地方のPBの対GDP比は比-1.9%程で黒字化目標は達成できないとしたまま、24年度以降の経済財政の見通しは示されていない。

そこで、財政審が独自に財政の長期推計を行なったところ、現在予定されている社会保障等の施策以外に何ら改革を実施しなければ、高齢化の進展に伴

う特に医療・介護の給付費(対GDP比)は増加し続ける一方となり、その結果、「国・地方及び社会保障基金のPB対GDP比は14年度の-6.3%から60年度の-9.7%にまで悪化、債務残高対GDP比は14年度の230%から60年度には600%を超え」、我が国の財政は持続不可能

になるという結果となった。

かくて、「基本的考え方」は、一体改革が示す医療・介護費用の節減と追加の予測に関しても「精査と見直しが必要」と慎重な姿勢をみせるとともに、様々な追加的な給付費節減策を提案するものとなった。

改革推進本部 レセプトデータの分析・活用枠組みの標準化に着手

「基本的考え方」があげた改革項目のうち、規制改革会議が掲げる「選択療養の創設」に関しては、対象となる保険外併用療養費制度を「公費の拡大を招かない制度設計」とすべきと論じるにとどめ、新たに、「費用対効果が低いものは保険適用から外し保険外併用療養の対象とすること(「逆評価療養」)を検討する必要がある」と、保険収載と評価療養との間を双方向にする考え方を提起した。本格的な混合診療制度を見込んだ発想と思われる。

と決めつけ、「医療費の水準自体を目標としない手法は、我が国財政や医療制度が置かれている厳しい状況にそぐわない」と断じるなど、厳しい論調で医療費適正化計画を非難している。

その上で、「国・地域・保険者それぞれのレベルで医療費のあるべき水準が『支出目標』として整合的な形で設定され、各レベルで医療費の効率化に向けた規律付けが働く制度設計を模索するべきである」と、「支出目標」の導入を提言。

注目されるのは「薬価の毎年改定」である。財務省は、今改定で薬価引き下げ分を診療報酬本体の財源から引きはがすことに成功したが、それを一歩進め、毎年の薬価調査で明らかになる市場実勢価格にもとづいて薬価を毎年見直すよう正式に求めたことになる。

しかも、それを17年度までの第2期医療費適正化計画期間内に導入すべきとして、来年の通常国会に提出される医療保険制度改革関連法に盛り込むこと、そのために「年内に制度改正の方向性と作業工程を固めるべき」と求めている。

一方、成立が見込まれる医療・介護総合確保推進法案については、「改革は緒に就いたばかりであり、改革が成果を伴うか否かは今後の制度設計次第である。当審議会としても、改革の進捗を厳しく注視していく」と記すにとどめた。

さらに、この作業を15年度からの地域医療構想策定に間に合わせるために、「一連の作業は遅くとも今後1年以内の完了を目途とするものでなければならない」としている。

ただし、「基本的考え方」は、昨年「その効果額について何らの検証・評価も行われていない」と批判した医療費適正化計画をあらためて形骸化してい

同時に、レセプトデータの活用にも触れ、「今後、社会保障制度改革推進本部においてレセプトデータの分析・活用の枠組みの標準化が進められる」ことを明らかにした。

「財政健全化に向けた基本的考え方」(要旨) 5月30日 財政制度等審議会

I. 5. 我が国の財政健全化に向けた取組みについて

(2) 今後の予算編成における取組み

国と地方のPB赤字(対GDP比)の半減目標の達成年度である来年度の予算編成において、前年度同様に「中期財政計画」を上回る規模で収支改善を図るべきであり、それ以降の各年度の予算編成でもできる限りの改善を進めるべきである。

II. 各歳出分野における取組み

1. 社会保障

(2) 給付面で必要な改革

②医療・介護

以下のうち、「支出目標」の導入、薬価の毎年改定、介護報酬適正化の3点がまずもって重要であり、当審議会として断固実現を求める。

イ) 公的給付範囲の見直し

社会保障制度改革プログラム法に加え、更なる取組みが必要。具体的には、受診時定額負担の導入について検討を進めるべき。高額療養費制度の70歳以上外来受診の患者負担上限の特例を見直す必要がある。

更に、後発医薬品に基づいて特許切れ医薬品に保険償還額を設定、それを上回る部分は患者負担とすべき。加えて、市販類似医薬品の更なる保険適用除外を進める必要がある。

評価療養と選定療養のみの保険外併用療養には公費拡大を招かない制度設計が求められる。また、一旦保険適用された医療技術等も費用対効果が低いものは保険適用から外して保険外併用療養とする「逆評価療養」を検討する必要がある。

介護分野では混合介護を普及・促進させていく必要がある。

ロ) 医療・介護サービスの提供体制改革

医療・介護総合確保推進法案による改革は緒に就いたばかりであり、当審議会としても改革の進捗を厳しく注視していく。終末期医療のあり方を見直していくことも求められる。

国民健康保険の財政運営責任を都道府県に移行させてこそ、都道府県が、地域医療の提供水準と標準的な保険料等の負担のあり方を総合的に検討するこ

とが可能となる。

第2期医療費適正化計画は第1期の検証を踏まえて策定されたものではなく、そもそもPDCAサイクルが機能していない。当該計画における医療費も目標ではなく、これまでの医療費の伸びを前提に、都道府県の見通しを機械的に足している。平均在院日数の短縮も足元の医療提供体制改革の動きを踏まえたものになっていない。

特定健診・保健指導の推進等による医療費適正化の効果はいまだ検証中で、妥当性が確かではない見積もりが行われている。

このように医療費適正化への取組みが形骸化したまま、出来高払いの診療報酬体系の下で医療給付費に対して定率公費負担がなされている。

こうした問題を解決するためには、合理的でない医療費の地域差や伸びについてレセプトデータを用いて可視化し、実現への道筋を具体的に明らかにしながら医療費のあるべき水準を地域ごとに「支出目標」として設定することが必要。国・地域・保険者それぞれのレベルで医療費のあるべき水準を「支出目標」として設定し、各レベルで医療費の効率化に向けた規律付けが働く制度設計を模索するべき。

提案の実現に当たっては、第2期医療費適正化計画の計画期間(平成29年度まで)を徒過してはならず、法律事項は来年予定の医療保険制度改革関連法改正に盛り込めるよう、年内には制度改正の方向性と作業工程を固めるべきである。

当該作業工程は27年度からの都道府県における地域医療構想の策定に間に合うよう、作業は遅くとも今後1年以内の完了を目途とするものでなければならない。その際、介護費用も含めた一体的な検討を進めるべきである。

ハ) 診療報酬・介護報酬の抑制とあり方の抜本的見直し 26年度改定における高コスト化是正の取組みを継続し、診療報酬の徹底した抑制に努める必要がある。

昨年11月の当審議会の建議は毎年改定を提言した。各方面からも同様の提言があるにもかかわらず、2年に1度の頻度が慣例化されている現状は理解に苦しむ。

当審議会は、政府が適切な検討を進め、昨年11月の建議の内容を実現させることを改めて強く求めたい。

介護報酬についても27年度介護報酬改定において適正化を図ることが重要である。

「支出目標」の導入とあわせ、現行の診療報酬・介護報酬体系の抜本的な見直しを図るべきである。具体的には、改定率の決定・点数改定が「支出目標」と整合的に客観的なデータに基づいて行われるとともに、過度な政策誘導を避け、より包括的で簡素・透明かつ安定的な仕組みとなるよう体系的な見直しを進めていかねばならない。

二) 保険者機能の発揮・強化

国民健康保険と後期高齢者医療には前出の「支出目標」の設定が重要である。後期高齢者支援金の加算・減算の仕組みも、医療費適正化計画の見直しと同様、今後は端的にアウトカムである医療費の効率化の度合い(保険者ごとに設定する「支出目標」の達成の程度)に応じたものとするべきである。

前期高齢者納付金にも同様の仕組みを検討するとともに、被用者保険が高齢者医療の医療費効率化の取組みなどの運営に参画していく仕組みも検討すべきである。

医療・介護情報のICT化も重要。社会保障制度改革推進本部でレセプトデータの分析・活用の枠組みの標準化が進められることを踏まえ、各保険者が医療・介護費用の効率化のためICT化の取組みを深化させていくことが求められる。

(3) 負担面で必要な改革

①保険料による支え合いの維持・強化と公費負担のあり方

これ以上公費負担への依存を高める余地はなく、保険料負担の公費負担への付替えになる公費負担割合の引上げは厳に慎み、保険料負担による支え合いを維持・強化する方向を目指すことが求められる。

その一環として保険料負担を「負担能力別」に変えていく必要がある。高齢者の保険料負担も見直す必要がある。介護分野では被保険者の対象年齢引下げも検討の余地がある。