



全日病 21世紀の医療を考える全日病 2005

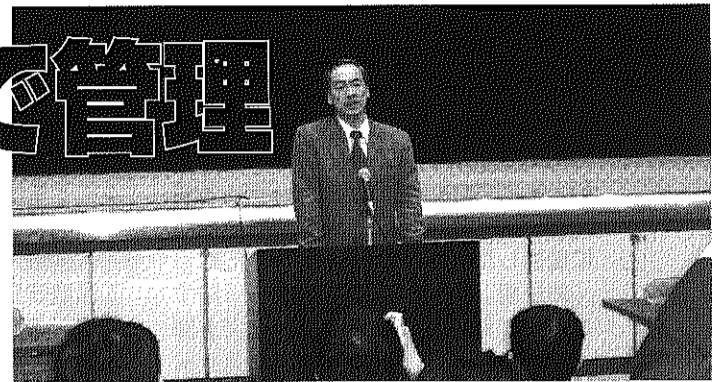
発行所/社団法人全日本病院協会
発行人/佐々英一
〒101-8378 東京都千代田区三崎町
3-7-12 清話会ビル
TEL (03)3234-5165
FAX (03)3234-5206

ALL JAPAN HOSPITAL ASSOCIATION NO.628 2005/11/1 http://www.ajha.or.jp/ mail:info@ajha.or.jp

厚労省が「医療制度構造改革試案」

医療給付費を5カ年単位で管理

国と都道府県が「参酌標準」、効果を医療費で明示



▲都道府県に「改革試案」を説明する辻哲夫厚生労働省審議官(10月25日)

厚生労働省は10月19日、生活習慣病予防と平均在院日数短縮を軸とする中長期対策と患者負担率引き上げが主の短期対策からなる医療給付費適正化の諸政策をパッケージにした「医療制度構造改革試案」を発表した。(2・3面に「改革試案」、4面に関連記事)

「改革試案」は、自民党、経済財政諮問会議との意見調整を経て、12月には、通常国会に提出する一連の改正法案に盛り込まれる。

中長期の対策として、厚労省は、予防と医療提供に関する各種指標について各々が参酌標準を設け、各都道府県が医療給付費適正化の計画を策定、その効果を5年ごとの医療給付費見直しとして明示。中間年に達成度を検証、取り組みの修正を経て、実績に応じて当該都道府県に保険費用負担と診療報酬に関する特例を適用するというサイクルを介して伸びを漸減させる、緩やかな「総枠管理」の枠組みを提示した。

その一方、医療給付費の伸びを短期に抑え込むために、高齢者自己負担の引き上げ、自己負担限度額の引き下げ、高齢者(療養病床)における食費・居住費の給付除外、現金給付の縮小といった患者負担率を引き上げる方策が打ち出された。

その結果、医療給付費は、現行ペースで推移した場合に2025年に予測される56兆円から49兆円へ、12.5%縮減されると試算している。一方、経済財政諮問会議で議論されている保険免責制の導入、全病床での食費・居住費別負担、診療報酬の中長期的な引き下げは、別途、医療給付費削減効果の試算を示すにとどまった。

生活習慣病と平均在院日数がターゲット 達成状況で都道府県に保険費用負担と診療報酬の「特例」

「改革試案」は医療給付費適正化の実施主体に都道府県を指名、主な課題として生活習慣病予防と平均在院日数短縮を掲げた。また、ツールとして「都道府県医療費適正化計画」を提案。各都道府県が策定する健康増進計画、医療計画、介護保険事業支援計画との連携を図って実効性を確保すると、適正化計画の輪郭を描いてみせた。

医療保険者についても、①国保と政管健保を都道府県単位で運営、②政管健保保険料の都道府県ごとの設定を介して都道府県単位の再編統合を図るなど、都道府県が前面に出るものとなった。

■都道府県医療費適正化計画の骨格(イメージ) ※参考資料から

※最初の計画期間は2008年度～2012年度

1. 医療費等の現状と分析

2. 2012年度における医療費適正化の政策目標

(1)生活習慣病対策

糖尿病・高血圧症・高脂血症の患者・予備群の減少率等

(2)医療機能の分化・連携、地域における高齢者の生活機能の重視 平均在院日数の短縮日数等

3. 医療費適正化のための取組

(1)生活習慣病対策

(2)医療機能の分化・連携、地域における高齢者の生活機能の重視

(3)その他地域における医療費適正化方策

(例)レセプト審査・点検の充実、重複検診受診の是正、医療費通知の充実等

4. 2012年度における医療費の見直し

(1)医療費適正化のための取組を行わなかった場合

医療費・老人医療費の伸び率、総額

(2)医療費適正化のための取組を行い所期の効果をあげた場合

医療費・老人医療費の伸び率、総額

5. 政策目標達成のための関係者の役割

6. 計画期間中の検証と取組強化等

(1)計画策定から3年目(2010年度)に検証、それを踏まえて取組強化

(2)計画終了年度(2012年度)に検証、それを踏まえて担保措置

■国の示す参酌標準(2015年度)

| 事項 | 事項 |
|------------------------------|------------------------------------|
| 生活習慣病対策 | 糖尿病・高血圧症・高脂血症の患者・予備群を25%減少 |
| 医療機能の分化・連携、地域における高齢者の生活機能の重視 | 全国平均(36日)と最短の長野県(27日)との差を半分(9日)に縮小 |

(注1)これらを実現するための具体的な取組レベルでの目標も示す。

(注2)2012年度時点における数値も示す。

療養病床へ食費・居住費別負担を導入 居住系へ病床転換を誘導

は、06年度に創設される交付金・統合補助金とともに厚労省の「鉛と鞭」となって、医療給付費適正化の中で駆使される。

病床転換進める県に財政支援

「都道府県医療費適正化計画」において、老人保健事業を除く糖尿病等の予防事業は保険者の課題とされた。各保険者は「健診・保健指導事業計画(仮称)」を作成、かつ、都道府県に設置される保険者協議会と連携をとって取り組むことになる。

他方、平均在院日数短縮の課題は都道府県が担う。「改革試案」は、その手段として新たな医療計画制度を位置づけ、医療計画見直しの目的を「総治療期間(在院日数を含む)が短くなる仕組みをつくる」ためと明確にした。

その中で、「高齢者が長期に入院する病床」は「居住系サービスへの転換」を促進する考えが明らかにされた。病床転換数は平均在院日数短縮にかかわる数値目標の1つとして扱われ、病床転換を進める都道府県には「医療保険財源を活用した支援措置」が講じられる。

さらに、「保険給付の内容・範囲の見直し」として、療養病床に入院する70歳以上について食費・居住費の別負担を06年10月から実施することが書き込まれた。しかも、高齢者医療制度が創設される08年度からは65歳以上に方向性が明示された。長期入院する高齢者は、疾患と状態像を問わず自己負担のハードルが上げられる。

医療費は増えるが給付は縮小

「改革試案」には介護が視野に収められていない上、在宅ケアを支援する入院医療のフレームも捨象されている。加えて、病床転換誘導の結果、長期療養を必要とする患者の流れに隘路が生じる可能性が否定できない。

居住費・食費を給付から外すことに反対! 国は質の向上・保証に向けた投資を行なうべき

全日病は10月31日、厚生労働省が発表した「医療制度構造改革試案」に対する見解をまとめた。

見解は、前文で、「(改革試案の)内容は医療費の適正化と称し、削減案しか描かれていない。その中で医療の質向上、安全の確保は極めて困難である」と、質・安全・患者満足の上昇に努める病院団体の立場から強い疑問を呈し、「国民のニーズに基づいた良質な医療サービスを提供できる制度維持を確保する観点から」7項目の意見・要望を整理している。(全文は次号に掲載)

改革試案に対する全日病の見解(骨子)

1. 民意に基づいた改革を要望する
2. 医療制度構造改革は目的志向すべき
3. 適正な医療費とは何かを明確にするべき
4. 医療の質向上および質保証の投資を

また、コストデータにもとづいた診療報酬が確立されていない中、いたずらな診療報酬抑制は医療現場を荒廃させかねない。さらに、「鉛と鞭」の政策の下、平均在院日数や連携パス率などの目標が単なる管理指標と化す可能性も考えられ、医療機関における質と安全の確保・向上意欲を後景に退かせる危険性が懸念される。

医療費の議論は、予防と治療・療養の総費用(TDHE=国内総医療支出)や患者負担を含む国民医療費ではなく、国庫負担(給付費)の面から語られてきた。給付費の抑制は利用者負担率の上昇につながる。しかし、この認識は必ずしも国民に共有されていない。

厚労省は「国民的議論のためのたたき台」と説明するが、医療提供側だけでなく、国民・患者にとっても議論の余地のある「医療百年の計」が、12月にも結論づけられようとしている。

■主な改正点と施行時期

- 2006年4月
国保財政基盤強化策
- 2006年10月見直し
70歳以上の現役並みの所得を有する者の負担の見直し
食費・居住費の負担
高額療養費制度の見直し
「保険導入検討医療(仮称)」等の制度化
中協の見直し
国保における共同事業の拡充
地域型健保組合の創設
- 2007年4月見直し
現金給付の見直し
保険料賦課の見直し
- 2008年度見直し
新たな高齢者医療制度の創設
政管健保の公法人化(10月見直し)

自民、当協会にヒアリング

厚生労働省医政局の谷口指導課長は、10月28日に開かれた病院のあり方委員会(徳田禎久委員長)に出席、「医療制度構造改革試案」について説明、委員からの質問に答えた。

また、自民党政務調査会の社会保障制度調査会医療委員会(鈴木委員長)は、当協会に対して、「医療制度改革(「改革試案」を念頭において)」に関するヒアリングに出席するよう招聘を行なった。ヒアリングは11月2日に開催、当協会以外に、日病協、日精協が招聘された。

適正な医療(費)、 国民が望む医療を民意に問うべき!

当協会が「改革試案」で見解

医療費適正化計画に「病床転換数」目標も

医療制度構造改革試案 病院は電子レセ提出を標準とする

厚生労働省「医療制度構造改革試案」 2005年10月19日

第1 医療制度の構造改革の基本的な方向 略

第2 試案

I. 予防重視と医療の質の向上・効率化のための新たな取組

(1) 生活習慣病予防のための本格的な取組

①糖尿病・高血圧症・高脂血症の予防に着目した健診及び保健指導の充実

糖尿病、高血圧症、高脂血症を予防するために健診及び保健指導の充実を図る。具体的には、都道府県健康増進計画で目標を設定、関係者の役割分担を明確にして連携の促進を図る。特に、国保と被用者保険の保険者は糖尿病等を予防する保健事業を実施。国が保健指導プログラムの標準化を行い、都道府県は保健指導の質の向上等の取組を行う。

②都道府県、市町村による国民の生活習慣改善に向けた普及啓発等の充実

都道府県健康増進計画で運動、食生活、喫煙等の目標を設定、市町村中心に普及啓発を展開。たばこ対策の取組を強化する。

③健やか生活習慣国民運動推進会議(仮称)の設置 略

(2) 患者本位の医療提供体制の実現

①医療計画制度の見直しや地域における高齢者の生活機能の重視

○総治療期間が短くなる仕組みをつくるために医療計画を見直す。主要事業ごとに地域の医療連携体制を構築、地域連携パスを共有し、在宅医療を推進。主要疾病の年間総入院日数、年間外来受診回数、在宅等での看取り率や在宅復帰率等の数値目標を導入。

○高齢者が長期に入院する病床の居住系サービスへの転換を促進。介護保険事業支援計画にて居住系サービスの充実を図る。

②医療に関する積極的な情報提供

内容が分かる領収書発行を義務づけることを検討 等

③根拠に基づく医療(EBM)の推進 略

④医療法人制度改革 略

⑤医療安全対策の総合的推進及び医療従事者の資質向上 略

⑥地域・診療科による医師偏在問題への対応 略

(3) 都道府県医療費適正化計画(仮称)との整合性の確保

○都道府県の健康増進計画、医療計画及び介護保険事業支援計画の目標は、都道府県医療費適正化計画(仮称)の目標と相互に整合性をとる。

II. 医療費適正化に向けた総合的な対策の推進

(1) 中長期的な医療費の適正化

国が示す参酌標準の下、3計画との整合性を図る形で都道府県が医療費適正化計画(仮称)を策定。一定期間後に効果を検証し、医療費の適正化に取り組む仕組み(都道府県医療費適正化計画制度)を導入。

①計画の策定、実施、検証、実施強化、実績評価の流れ

○国は、①医療費適正化の政策目標として都道府県が参酌すべき標準(全国的な目標※1)、②目標実現のための関係者の役割、③政策目標の実現効果としての将来医療費の見通しを示す。

①医療保険者による保健事業の本格実施

○国保と被用者保険の保険者に、糖尿病等予防の健診・保健指導(40歳以上)を義務づける。

国の基本指針に基づき、保険者は「健診・保健指導事業計画(仮称)」を作成、健診及び保健指導を実施。計画の作成・実施に当たって保険者協議会を活用。国は、保険者による後期高齢者医療支援金(仮称)の負担額等に、目標の実施状況を踏まえた加算・減算の措置を講ずる。

○医療保険者は、40歳未満に対しても健診・保健指導の実施に努める。

※2(前期・後期高齢者の患者負担の別案)

前期高齢者・後期高齢者とも一般は2割、現役並所得を有する者は3割、後期高齢者のうち低所得者は1割負担とする。この他、65歳から69歳までの者は現行の3割負担を維持しつつ、70歳以上の者について、一般は2割、現役並所得は3割、低所得者は1割負担とする案がある。

②保険給付の内容・範囲の見直し

i. 入院時の食費・居住費の負担(06年10月目途に実施)

療養病床に入院する70歳以上について食費・居住費の負担の見直しを図る(高齢者医療制度の創設と併せて08年度からは65歳以上について見直し)。

ii. 高額療養費の見直し

ア 自己負担限度額について、定額限度額を総報酬の月額25%に見直す。定額限度額を超える部分も2%に引き上げる。(06年10月目途に実施)

イ 人工透析患者の自己負担限度額の水準について検討。

iii. 現金給付の見直し(07年4月目途に実施) 略

iv. その他(06年8月より実施) 略

2) 保険運営効率化の取組

①ITを活用した医療保険事務の効率化
○保険医療機関等、審査支払機関、保険者のレセプト処理がペーパーレスとなる仕組みを目指す。病院は電子レセ提出が標準とする。

②審査支払機関による審査の充実等 略

3) 保険料賦課の見直し(07年4月目途に実施) 略

III. 都道府県単位を軸とする医療保険者の再編統合等

(1) 国民健康保険

小規模保険者の広域化のために都道府県が積極的な役割を果たす。都道府県単位での保険運営を推進するため、保険財政の安定化と保険料平準化を促進する観点から共同事業を拡充。保険者支援制度等の国保財政基盤強化策を総合的に見直す。(06年度より実施)

(2) 公的保険給付の内容・範囲の見直し等

1) 公的保険給付の内容・範囲の見直し

①高齢者の患者負担の見直し

i. 後期高齢者(75歳以上)

患者負担は1割の定率負担。現役並所得を有する者は3割負担。(06年10月目途に実施)

ii. 前期高齢者(65歳~74歳)

患者負担は、高齢者医療制度の創設と併せ08年度より2割定率負担。現役並み所得は3割負担。(70歳以上の現役並所得を有する者の負担引上げは06年10月目途に実施) 別案(※2)あり。

(2) 被用者保険

①政府管掌健康保険

保険者として、08年10月目途に全国単位の公法人を設立。都道府県単位の財政運営を基本とし、都道府県毎に地域の医療費を反映した保険料を設定。

②健康保険組合

同一都道府県内の健保組合の再編・統合の受け皿として、企業・業種を超えた地域型健保組合の設立を認める。(06年10月目途に実施)

(3) 地域の関係者が連携して行う医療費適正化に関する取組

各都道府県に、健保組合、政管健保公法人の支部、国保保険者等で構成する保険者協議会を置く。前・後期高齢者医療制度の運営や都道府県の医療費適正化計画について協議。

IV. 新たな高齢者医療制度の創設

(1) 後期高齢者医療制度(概要)

後期高齢者の保険料(1割)、国保・被用者保険からの支援(約4割)及び公費(約5割)を財源とする新たな独立保険を創設する。

(運営主体)

地域保険として運営主体は市町村とする。

(費用負担)

○保険料は保険料総額が医療給付費の1割となるよう定める。保険料総額の負担割合は、施行後5年を目途に改定する。患者負担は1割定率負担。現役並所得を有する者は3割負担とする(別案あり)。(06年10月目途に実施)

○国保及び被用者保険の各保険者は、

※1 2015年度における医療費適正化の実質的な成果を目指す政策目標(全国目標)
i. 糖尿病等の患者・予備群の減少率……08年と比べて25%減少。
ii. 平均在院日数の短縮日数……全国平均(36日)と最短の長野県(27日)の差を半分に縮小。
※健診及び保健指導の実施率、在宅等での看取り率、地域連携バス実施率、病床転換数等取組レベルの具体的な目標、第1期計画終了年度の数値も示す。

○参酌標準は、国が示す3計画の基本方針との整合性を確保。国は診療報酬体系の見直しや必要な財政措置を行い、都道府県や関係者の取組を支援する。また、これと併せ、病床転換を進めるため、医療保険財源を活用した支援措置を講ずる。

○都道府県は08年~12年度までを期間とする第1期の都道府県医療費適正化計画を定める。糖尿病等の予防対策に関する政策目標は各医療保険者が主な実施主体。平均在院日数に関する政策目標は都道府県が主な実施主体。
○都道府県は3年目の10年度に計画の進

捗状況を検証、医療費の動向が見通しを上回ると予測される場合は、3計画の見直しを含め取組の強化を行う。この際、必要があれば、都道府県は国に対し診療報酬体系に関する意見具申を行い、国は真摯に対応する。

○第1期計画終了年度の目標実施状況を踏まえて実績評価措置を講ずる。後期高齢者医療制度と国民健康保険において費用負担の特例を設ける。都道府県は医療費適正化に資する診療報酬の設定を申し出ることができ、国は、当該都道府県に特例的な診療報酬を適用できる。



あんしんとゆとりで仕事に専念

全日病厚生会の 病院総合補償制度

全日病会員病院および勤務する方のための 充実の補償ラインナップ

- 病院向け団体保険制度
 - 病院賠償責任保険(医師賠償責任保険)
 - 医療施設内包括機械保険
 - 居宅介護事業者賠償責任保険
 - 現金運送・盗難保険
 - 医療廃棄物排出者責任保険
- 従業員向け団体保険制度
 - 勤務医師賠償責任保険
 - 看護職賠償責任保険
 - 薬剤師賠償責任保険

全日病厚生会 お問合せ (株)全日病福祉センター 〒101-0061東京都千代田区三崎町3-7-12 Tel.03-3222-5327

平均在院日数短縮目標は都道府県が実施主体

新医療計画は「総治療期間を短くする仕組み」

その加入者数に応じて後期高齢者医療支援金(仮称)を負担。その負担割合は医療給付費の約4割とするが、高齢者の保険料総額の負担割合が高まるのに応じて低くする。公費負担は老健制度と同様(5割等)。国及び都道府県において、保険者間の医療費格差及び所得格差を調整。保険料水準は後期高齢者の医療費に連動。

(後期高齢者の診療報酬)

終末期医療の評価、在宅での看取りまでの対応の推進、入院による包括的なホスピスケアの普及等、後期高齢者の心身の特性等にふさわしい体系を構築する。

(2) 前期高齢者医療制度

○前期高齢者は従来の制度に加入するが、その給付費は、各保険者の加入者数に応じて負担する財政調整を行う。ただし、著しく医療費が高い部分は財政調整の対象外。また、従来の退職者医療制度の対象者を含め国保の給付費等について公費負担を行うとともに、政府管掌健康保険が負担する財政調整に要する費用についても給付費等と同

様の国庫負担を行う。

○患者負担は高齢者医療制度の創設と併せて2008年度より2割の定率。現役並所得は3割負担(別案あり)。(70歳以上の現役並所得の負担引上げは06年10月目途に実施)

V. 診療報酬体系の在り方の見直し等

(1) 診療報酬体系の在り方の見直し

診療報酬体系の見直しについて、医療提供体制の在り方も含めた今後の中長期的な医療費適正化方策との整合性についても留意しながら06年度改定を行う。略

(2) 薬剤に係る給付の見直し等 略

(3) 保険と保険外の併用の見直し

現行の特定療養費制度を「保険導入検討医療(仮称)」及び「患者選択同意医療(仮称)」(保険導入を前提としないもの)に再構成する。(06年10月目途に実施)

(4) 中央社会保険医療協議会の見直し 略

V. 施行時期

(1面に掲載)

(総括) 医療費適正化方策について

(2) 医療費適正化の方策と規模

中長期及び短期の適正化方策の実施を通じて、25年度に医療給付費を49兆円、国民所得比9.1%(GDP比6.7%)に適正化することが可能。医療費適正化の方策・規模は、この試算も含め、05年中に結論を得る。

① 中長期の適正化方策

- ア 生活習慣病対策
- イ 平均在院日数の短縮

② 短期の適正化方策

ア 70歳以上の現役並所得を有する者の負担の見直し(2割→3割)(06年10月目途実施)

イ 前期高齢者の負担を2割に統一(08年度目途実施)

ウ 療養病床に入院する高齢者の食費及び居住費の負担の見直し(06年10月目途実施)

エ 高額療養費の見直し(06年10月目途実施)

■「社会保障の給付と負担の見直し(04年5月)」に即した現行制度ベースの医療給付費

| | 2006年度 | 2015年度 | 2025年度(括弧内は国民医療費) |
|---------|--------|--------|-------------------|
| 現行制度ベース | 28.3兆円 | 40兆円 | 56兆円(65兆円) |
| 対国民所得比 | 7.3% | 8.7% | 10.5%(12.0%) |
| 対GDP比 | 5.4% | 6.4% | 7.7%(9.0%) |

※表組のタイトルは編集部による(以下同)。2025年度の国民医療費は編集部による挿入。

■医療費適正化方策に基づく医療給付費抑制効果の試算

| | 2015年度 | 2025年度 |
|--------------------------------------------------------|--------|--------|
| 中長期的方策(生活習慣病対策、平均在院日数の短縮) | ▲2.0兆円 | ▲6兆円 |
| 短期的方策(高齢者自己負担、高額療養費制度、食費・居住費、現金給付の見直し) | ▲0.6兆円 | ▲1兆円 |
| 合計 | ▲2.6兆円 | ▲7兆円 |
| 上記の中長期及び短期方策を講じた場合の医療給付費 | 37兆円 | 49兆円 |
| 対国民所得比 | 8.1% | 9.1% |
| 対GDP比 | 6.0% | 6.7% |
| (別案) 前期・後期高齢者2割負担(現役並み所得を有する者は3割負担、後期高齢者のうち低所得者は1割負担) | ▲0.8兆円 | ▲1.3兆円 |
| (注) 65~69歳の者は3割負担とし、70歳以上の者は2割負担(現役並所得は3割負担、低所得者は1割負担) | ▲1.0兆円 | ▲1.4兆円 |

(参考) 経済財政諮問会議における医療給付費削減の考え

■「高齢化修正GDP管理指標」に基づく医療給付費の適正化

経済財政諮問会議における民間議員が提案した「高齢化修正GDPによる管理指標」に基づいて試算すると、2025年度に医療給付費

| | 2015年度 | 2025年度 |
|-------------------|--------|--------|
| 経済財政諮問会議民間議員提案(※) | 35兆円 | 42兆円 |
| 対国民所得比 | 7.7% | 7.8% |
| 対GDP比 | 5.7% | 5.8% |

■医療費削減対策に関する諸提案の効果試算

経済財政諮問会議の議論等で様々な提案がなされている。その中で医療給付費削減効果の機械的試算が可能なものを下表に掲げる。

ア 入院する者に係る食費・居住費の見直し

一般病床を含めた病院に入院する者も食費・居住費の負担を見直す。

イ 後発品の使用促進

医療保険給付は後発品の薬価の水準までとし、患者が先発品を選択した場合は後発品との差額は自己負担とする。

ウ 市販薬との負担の均衡

市販薬と類似の医薬品(非処方せん薬)は医療保険給付の対象外とする。

エ 保険免責制の創設

外来診療に要した医療費のうち受診ごとに1,000円又は500円までは自己負担とする。

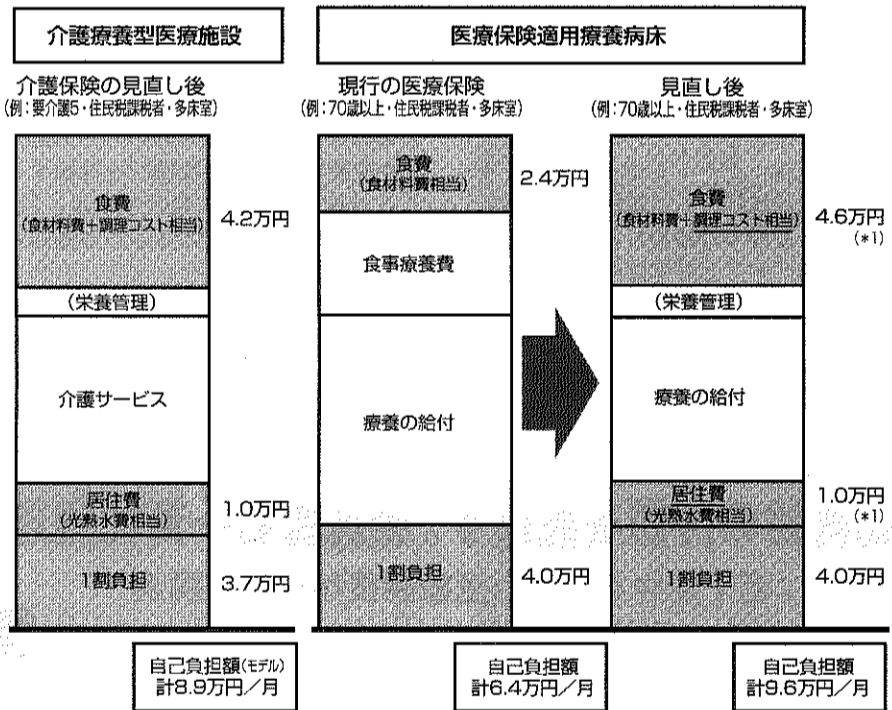
オ 診療報酬の伸びの抑制

医療給付費が現行ベース及び医療費適正化方策のとおり伸びることを前提として、この伸びを抑制するために、2025年度又は2015年度までに合計▲10%の改定を実施。

| | 2015年度 | 2025年度 |
|------------------|---------|----------|
| 入院時の食費・居住費負担の見直し | ▲0.5兆円 | ▲0.7兆円 |
| 保険免責制の創設 | ▲3.2兆円 | ▲4.0兆円 |
| 診療報酬の伸びの抑制 | ▲3.7兆円* | ▲4.9兆円** |

*2015年度までに合計▲10%とした場合。 **2025年度までに合計▲10%とした場合。

●療養病床に入院する高齢者に係る食費及び居住費の負担の見直し(「参考資料」から)



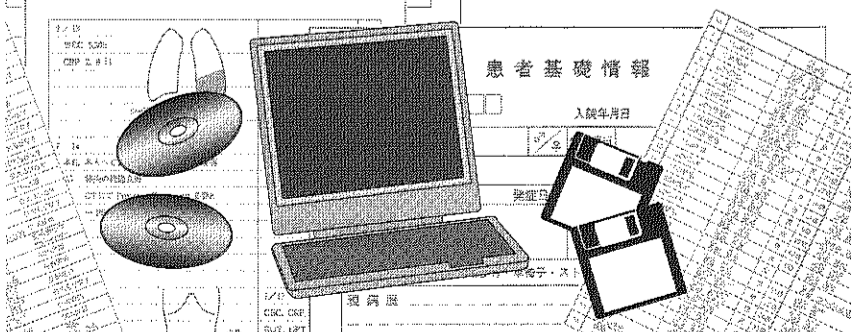
■ は自己負担部分

■ は療養病床において新たに負担を求められることとするもの

- ※1 新たに負担を求められる部分に係る自己負担額については、具体的な制度設計のあり方を踏まえて変更があり得る。
- ※2 医療保険適用療養病床においては、別途、おむつ代負担のほか、180日を超える入院患者(難病等の例外疾病患者を除く。)に係る入院基本料を15%減算し、当該分の負担を求められることとしている(おむつ代は、平均月額1.5万円程度、入院基本料の15%減算に係る負担は、平均月額3.2万円程度)。
- ※3 入院基本料の15%減算のあり方については、慢性期入院医療の包括評価のあり方を検討する中で検討する。

全日病厚生会 病院総合補償制度に

「個人情報漏えい保険」が追加されました



個人情報漏えいした場合に病院が被る損害賠償金や訴訟対応のための弁護士費用、新聞への謝罪広告費用、お詫び状の郵送費用等を保険金としてお支払い致します。

団体契約者 全日病厚生会
引受保険会社 東京海上日動火災保険(株)

●ご加入のお申込み、お問合せは...

(株) 全日病福祉センター

TEL (03) 3222-5327 FAX (03) 3222-0588

看護配置、入院時食事療養は再編成

基本小委 夜勤看護加算は本体に組み込み。昼夜の配置に裁量

10月26日の診療報酬基本問題小委は「入院医療の評価のあり方」について議論を行なった。

麦谷医療課長は、看護職員の配置比率で分かれる入院基本料と看護配置の現行表記方式について説明。「勤務帯で看護職員の実数は異なる。看護職員と入院患者とのトータルな比率のみで表わす現在の表記方式は国民・患者に誤解を与える」として、勤務帯ごとに、実配置数を患者数との比率で表わす表記方法への変更を検討課題として提起した。

併せて、それぞれの勤務帯で勤務する看護職員数の情報を病棟に掲示するなど、人員配置に関する情報提供を義務づけることも提案した。

看護職員配置の評価に関しては、「配置密度の高低によって評価にメリハリをつける」観点からの検討を提案。同時に、評価の上限を1.5対1まで引き上げる考えを示唆した。

その上で、現行の夜勤加算を廃止し、

前出観点にもとづく評価の中に織り込むことによって、一定の範囲で、昼夜の配置分布を医療機関の裁量に委ねる考え方を示した。

平均在院日数にかかわる評価に関しては、一層の短縮を図る観点から、さらにハードルを上げることを検討課題に盛り込んだ。ただし、「本体をいじらずに、基準を超えた場合に加算評価する方法も考えられる」と、評価方法にはこだわらない姿勢をにじませた。

以上の検討は、一般病棟以外の入院基本料も対象となる。

同日の基本小委は「入院時食事にかかわる評価のあり方」も取り上げた。

事務局(厚労省保険局医療課)は、論点として、(1)コスト分科会による入院時食費調査結果を受けた、入院時食事療養(I)の額のあり方について検討(現行費用は「もの代」という要素をもつことを踏まえ)、(2)食事療養の費用の算定のあり方について検討(3食を限度とした、配食の実回数に応じた算定)、(3)

各種加算のあり方について検討(特別管理加算等のあり方)、の3点を提示。

加算については、①特別管理加算の適時・適温条件を入院時食事療養(I)の要件に組み入れる、②同じく管理栄養士配置の評価は患者ごとの栄養管理実施の評価と一体のものとする、③特別加算は介護保険の療養食並びに見

直す、④選択メニュー食加算は患者から実費徴収の対象とする、ことを検討課題にのぼらせた。

事務局は、また、入院時食事療養(II)についても、(I)の新たな要件に準じた方向で見直すことを検討課題に加えた。



処方箋に「後発医薬品への変更可否」訊ねる欄を提案

10月19日の基本小委は「後発医薬品使用促進のための環境整備」について議論した。後発医薬品の市場シェアは数量ベースで16.4%(2003年度)と微増傾向にはある。しかし、使用状況は、入院で漸増傾向にあるものの、入院外は院内処方・院外処方ともに低迷している。

事務局は、使用を促進するために、①処方箋に「後発医薬品への変更可」「後発医薬品への変更不可」というチェ

ック欄を設け、先発医薬品の銘柄名を記載した処方せん交付後に後発医薬品へ変更して差し支えない旨の意思表示が行ないやすくする様式変更を検討する、②診療報酬における後発医薬品を含む処方に対する現行割高点数や調剤報酬における後発医薬品加算などを引き続き維持する、という考え方を論点として提案した。

基本小委は後発医薬品をめぐる議論を今後も継続することを確認した。

医療法に「退院調整機能」規定新設を提起

医療部会 地域医療支援病院の要件に「へき地支援」、「在宅医療」も具体化

10月20日に開かれた社会保障審議会医療部会は、在宅医療と地域医療支援病院について議論した。

在宅医療の環境整備は、生活習慣病予防とともに「医療費適正化計画」を実効たらしめる鍵を担っており、医療連携体制の構築と診療報酬の評価充実という両面から、2006年「医療制度構造改革」の重要なテーマとなっている。

事務局(厚労省医政局総務課)は、在宅医療の推進を図るために、①主治医機能の発揮、②チーム体制の確保、③在宅選択を妨げている原因の排除、④在宅医療に関する情報提供、⑤多様な居住空間における在宅医療の提供という5点を検討の視点として提示した。

①に関しては、主治医が中心となったケアカンファレンスの開催や主治医を支援する緊急時や看取り時の地域連携など、主治医機能を支える重層的な

体制をとることの重要性が、また、急変時の入院ベッドを確保するという課題が確認された。

②に関連して、事務局は、連携体制だけでなく個別医療機関の機能や関連サービスなど在宅医療に関する横断的な情報と評価指標、数値目標を医療計画に記載する考えを示した。

また、医療法に「退院調整機能」を位置づける規定を新設することを提起。さらには、診療報酬において、入院から在宅療養への円滑な移行を評価することの検討を求める見解を明示、「改定基本方針」の審議に関与した提起が行なわれた。

ほかには、③として介護家族を配慮したレスパイトサービスの検討、④については「一定の医療機能情報の届出・公表の制度化」の対象に在宅医療を盛り込む案が示された。

⑤としては、ケアハウスや有料老人ホームなどに居住する高齢者に対する医療提供を介護保険制度と連携して制度化する考えが提起されている。

地域医療支援病院については、①特定診療科について、紹介・逆紹介が確保できない地域にある病院も承認され

る要件の改正、②「へき地医療の支援」の承認要件への追加、③制度創設時に想定されていた「在宅医療支援」機能の具体化、④地域住民に対する紹介実績等情報公開の仕組みが、検討課題として提案された。

諮問会議で「改革試案」に不満。小泉首相も同調

10月27日の経済財政諮問会議に、尾辻秀久厚生労働大臣は「医療制度構造改革試案」を報告した。これに対して、奥田碩氏(トヨタ自動車会長)ほかの民間議員は、厚労省がまとめた「医療制度構造改革試案」では不十分であるという見解を表明した。

民間議員は、保険免責制の導入、食費・居住費自己負担の全病床導入、大幅なマイナス改定を求めた上で、2025年の医療給付費を「高齢化修正GDPで想定した水準(42兆円)に抑える」よう主張。さらに、2010年度までの5年を「集中改革期間」と位置づけ、道筋をつける

ための徹底した改革がなされるべきであると主張した。

会議で、小泉首相は「何年かを見据えた管理目標が必要だということをよく考えてほしい」と発言、「改革試案」に満足していないことを認めた。

政府は、2010年初頭に「プライマリバランス(税収で国債費を除いた歳出をまかなうこと)を黒字化する」目標を掲げている。民間議員も、そうした認識に立って、2010年をめどに社会保障関連プライマリーの改善を求めており、2025年という長期の視野に立つ厚労省とは認識を異としている。

初再診の評価を見直す。減加算も一斉に整理

DPCは若干増やす。麦谷医療課長が改定で講演

厚生労働省保険局の麦谷医療課長は10月20日、東京都内の講演で2006年度改定について、要旨以下のように語った。

●手術施設基準

症例数とアウトカムに相関性があることはほぼ分かってきた。問題は、点数で差をつけるときに、どこで切り分けるかという点である。このデータがない。そこで、もう少し調べたいと中医協に諮った。例えば50例を超えると明らかにアウトカムに違いが生じるという、分岐となる症例数が見極められないかということだ。これを、日本の手術について調べたい。改定までにエビデンスがみつければ、今の仕組みは維持する。みつからなければ、考え方は残すにしても、手術の区分は止める考えだ。

●栄養管理指導

入院医療として非常に大切な技術であり、経口摂取はチームで取り組んでほしい。それを評価して、うまく点数がつけられるとよいと思っている。メニューを複数案示して、具体的な点数を検討してもらおうつもりだ。

●DPC

DPCを精緻化するにはまだ時間がかかる。06年4月にすべての病院に入れることは不可能である。だが、少し増や

したいとは考えている。

●慢性期入院

療養病床は医療保険で21万床、介護保険で14万床くらいある。慢性期分科会の調査によると、両病床で患者特性はほとんど変わらない。これでよいのだろうか。

前任の西山さんは異動する直前の北海道の講演(編集部注:04年6月26日、全日病学会北海道大会での講演)で、療養病床はすべて介護保険につけるべきであると言って物議をかもした。そのとき私は老人保健課長として西山さんに文句をつけたものだ。1年たった今、医療課長として、西山さんと同じことを考えるようになった。なぜなら患者が同じだからだ。

介護保険には参酌標準がある以上、医療療養の病床を受け入れない。しかし、介護と医療が垣根を外しても少し一体となることがあってもよいと考える。ここから先は、老健課長と医療課長を経験した私の個人的な考えに過ぎない。私は21万床の医療の療養病床をすべて介護で払ってほしいと思っている。35万床すべて介護というわけだ。

介護は14万床で7,400億円ほどの給付になっている。そこに医療の21万床



がきたら、単純に計算すると1兆1,000億円になる。6兆円の介護で

1.1兆円は無理だ。その代わり、老人保健の28万床をすべて医療で引き受ける。老健施設に要している費用は1.2兆円。金額がほぼ一致するのでパートナーが成り立つ。

老健は、本来は中間施設であった。それが今、特養化していると言われ、7、8割が痴呆などで帰れない状態だという。これを医療が引き受けたら、私は中間施設に戻してみせる。これで療養病床は医療と介護の区分がなくなり、一本化する。しかも老健は生き返る。この考えは今初めて申し上げた。私の個人的意見、メッセージに過ぎない。

●在宅医療・終末期医療

在宅医療には点をきちんと付けるべきと考えている。例えば24時間体制というのがあるが、本当の意味で24時間になっていない。しかし、本当にそういう体制をとっているところがあれば、そこにきちんと点をつけてあげたい。

●初診料・再診料

これは、コンサルフィーとは何かという問題だ。単に病院と診療所の点が違うのではないかと、そういう次元の話ではない。医師が患者のコンサルとして疾病の相談を受けて診断する。これ

を根本的に考えたいと思っている。今の初診料、病院が2,550円、診療所が2,740円というのは、余りに安いのではないと思う。しかし、マイナス改定だとしたらとんでもない話で終わる。したがって、コンサルフィーについては根本から見直されなければならない。これから中医協に諮りたい。

●入院基本料

看護配置は2対1が一番手厚い。しかし、50床の病棟だと夜は2人しかいないという疑問があげられている。大変分かりづらい。プロだけが分かっているても仕方がない。ではどうするか。これは10月26日の中医協に諮るつもりだ。

●入院時食事療養費

医療も食事を外せといわれている。しかし、医療度の問題がある。医療療養のすべてを介護には移せない。一般病床でも食事を出している。1日3食で1,920円払っている。だが、その根拠は分かりにくい。例えばなぜ3食なのか。根底から見直したい。

●点数表の電子化

次期改定で点数表を電子媒体にして、医療機関にただで提供するつもりだ。

川崎二郎氏が新厚生労働大臣

10月31日の内閣改造で、川崎二郎氏(57歳、衆議院=三重県第一区選出、当選7回)が厚生労働大臣に就任した。運輸大臣、北海道開発庁長官を歴任。