

中医協の議論 機能強化加算の要件見直し等

かかりつけ医機能の周知

10月30日に開催された中央社会保険医療協議会(以下中医協)総会では、機能強化加算について、届出医療機関は、体制は有しているがかかりつけ医の役割を果たしているのか疑問として、新たに診療前の文書提供及び説明の義務化を要件に加えるよう求めた。議論では、毎回加算について全て説明することは現実的に厳しいとした上で、普及、周知は診療側だけでなく保険者の役割でもあり、現行も届出に伴う院内掲示が必要だが、掲示方法の工夫などによる周知対策をするといった議論がされた。

大病院受診時定額負担の対象拡大

紹介状なしで大病院を受診した際の

定額負担について、対象となる病院を現在の400床以上から200床以上への拡大と、紹介状なしで大病院を受診したが、定額負担の徴収を行わなかった患者の実態把握が出来る仕組みを設けることを提案した。周りに医療機関がとて少ないため、病院にかからざるを得ない地域もあるとして慎重な検討を求める意見もあった。

CT・MRIの共同利用等

10月23日の中医協総会では、CT・MRIの共同利用等について提案された。当初厚生省は「日本のCTやMRIの人口あたり検査数は海外と比較して多いが、1台当たりの検査数は少なく、月あたり検査数が0件の医療機関も存在している」として、医

療機器の効率的かつ安全な利用について、▽CT・MRIの共同利用の推進▽ポジトロン断層撮影(PET)の共同利用の推進▽ガイドラインに基づく画像検査の利用▽超音波検査の活用(現在、算定が部位数に関わらず1回となっており、これを領域別に算定することなど)などが議題に出され、画像診断機器等の共同利用を進めることやCT等の保守点検への要件化などの提案がされた。委員からは、共同利用の促進についてはさらなるデータ整理をした上で議論を進めるよう意見が出された。保守点検の算定要件化については、法令順守に関わる次元の議論であって、診療報酬議論には馴染まないとして、慎重意見が相次いだ。

歯科のレセプト様式の見直し
10月25日の総会では、歯科の診療報酬明細書様式の見直しが提案され「当該様式には日付や部位等の情報欄が無いことから、これらの情報の摘要欄への記載を求めており、医療従事者の負担になっているとの指摘」もあるとして、①算定日順に整理した様式に

見直し、摘要欄への記載を簡素化、②医療現場への影響を鑑み、改修等に対して経過措置を設ける、③紙媒体による手書き請求に限定して、当面の間、従前の様式でも差し支えないこととする、の3点が提案された。委員からは「かなり紙媒体の請求があるため影響が出ないようにしてほしい」と要望があった。

医療機関と薬局の連携

「医療機関と薬局の連携による業務の効率化」については、例示として京都大学医学部付属病院が近隣の40薬局と取り決めている、問い合わせ簡素化の取り決め内容が紹介され、同様の取り組み推進を課題とした。しかしその取り決めには残薬について、「処方医に事前相談せず薬局が処方変更する」と受け取れる記載があり、診療側が反発した。また取り決めに結んだ薬局との関係について、「特定薬局への誘導禁止」を掲げた療担規則違反にならないか疑問視する声も出された。その点も含めて慎重に検討を進める方向となった。

財政審 医療保険制度改革を提言 定額負担導入、本体マイナス改定

財政制度等審議会(財政審)の分科会が11月1日に開かれ、財務省の社会保障制度改革案を提言した。医療保険制度の持続可能性の確保の観点から、「保険給付範囲の在り方の見直し」、「保険給付の効率的な提供」、「高齢化・人口減少下での負担の公平化」を柱として打ち出した。

「保険給付範囲の在り方の見直し」では、外来受診時の定額負担導入が求められた。外来で受診した際の窓口負担に一定額を上乗せし、上乗せ分の

保険給付を抑えるといったものだ。(下表) また、薬剤についてもOTC化済医薬品については保険給付から外し全額自己負担とする検討が求められた。

「保険給付の効率的な提供」では、2020年度診療報酬改定での診療報酬本体のマイナス改定、地域医療構想の

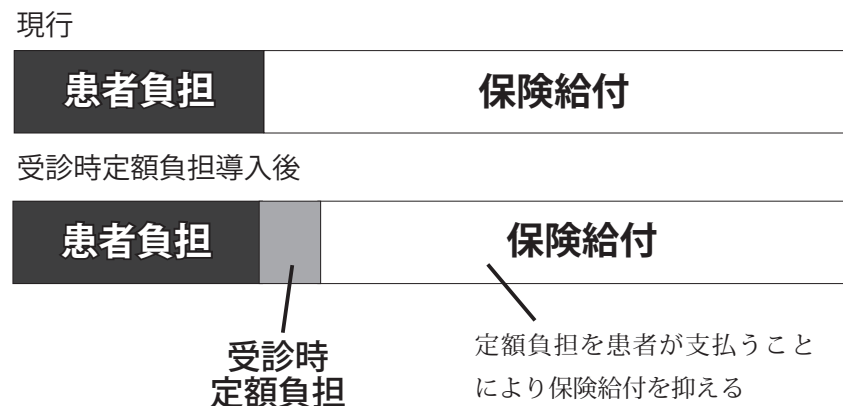
推進が提言された。診療報酬に関してはこれまでの病院と診療所の収益率を比較すると診療所が高いため、2020年度の改定では病院(救急対応等)と診療所との間で改定率に差を設けることなどが示されている。

「高齢化・人口減少下での負担の公平化」では、新たに75歳以上になる高齢者の窓口負担を2割に引き上げるとした。現在、医療機関での窓口負担は原則として、70~74歳が2割、75歳以上が1割だ。今回の提言では現在75歳以上の人は1割負担のまま引き上げはしないが、今後新たに75歳以上になる者から70~74歳時と同じ2割負担を維持するとされた。更に「現役並み所得」の判定基準についても見直しの検討が提言された。

介護分野に関してもこれまでの話し合いで、利用者負担を原則2割化することや、ケアプランの作成について利用者負担導入などが検討課題として示されている。

いずれも、患者・利用者負担を増加し、医療機関への報酬を減らす内容の話し合いが行われている。引き続き医療保険制度改革に反対し、改悪阻止に向けた取り組みを強める必要がある。

表. 受診時定額負担導入のイメージ



「再編・統合必要」全国424病院を公表

厚生労働省は9月26日の「地域医療構想に関するワーキンググループ」の第24回会議で、高度急性期もしくは急性期の病床を持つ公立・公的医療機関等1455病院中、424病院(29.1%)が再編統合など、2025年の地域医療構想を踏まえた具体的対応方針の再検証を要請する対象として、その病院名を公表した。

再検証の要請対象となるのは、(A)9領域(がん・心疾患・脳卒中・救急・小児・周産期・災害・へき地・研修・派遣機能)の全てで「特に診療実績が少ない」(構想区域の人口規模を問わない)(B)6領域(がん・心疾

患・脳卒中・救急・小児・周産期)で、構想区域内に、一定数以上の診療実績を有する医療機関が2つ以上あり、かつ、お互いの所在地が近接(自動車での移動距離が20分以内)している(人口100万人以上の構想区域は対象外)のいずれかに該当する場合。(A)に該当するのは277病院、(B)に該当するのは307病院、これらのうち両方とも該当は160病院で、計424病院となる。

再検証を要請された病院は、(1)2025年を見据えた構想区域において担うべき医療機関としての役割、(2)2025年に持つべき医療機能別の病床数などの検討が必要とされ、

2020年9月までに、再検証を行い廃止や一部の診療科を他の病院に移す、近接病院等との再編統合を検討することとなる。強制力はないとしているが、身近な病院がなくなる可能性への不安から、自治体や住民からの反発は必至だ。

長野県内でも44の公立、公的病院のうち15病院が対象となり対応方針の再検証を要請される。県内では既に2018年5月に統合した国立病院機構まつもと医療センター松本病院と同センター中信松本病院も対象に含まれる。

- 厚生省が「再編・統合の検討が必要」とした県内の公立・公的病院**
- ・飯山赤十字病院(飯山市)・信越病院(信濃町)
 - ・飯綱町立飯綱病院(飯綱町)・長野県立総合リハビリテーションセンター(長野市)・安曇野赤十字病院(安曇野市)・独立行政法人国立病院機構まつもと医療センター松本病院(松本市)
 - ・同センター中信松本病院(松本市)・長野県厚生農業協同組合連合会鹿教湯三才山リハビリテーションセンター鹿教湯病院(上田市)・東御市民病院(東御市)・国民健康保険依田窪病院(長和町)・川西赤十字病院(佐久市)・佐久穂町立千曲病院(佐久穂町)・長野県厚生農業協同組合連合会佐久総合病院小海分院(小海町)
 - ・下伊那赤十字病院(松川町)・長野県厚生農業協同組合連合会下伊那厚生病院(高森町)