

医療・介護サービスの質向上・効率化 プログラム等について

—経済財政諮問会議「基本方針2007(素案)」に対応して—

2007年6月6日

社団法人 日本医師会

経済財政諮問会議「基本方針2007」

「医療・介護サービスの質向上・効率化プログラム」等を推進する。(25頁)

以下、「基本方針2007」に明記されている項目

本資料の
対応ページ

1. 生活習慣病対策・介護予防の推進	2
2. 平均在院日数の短縮	3
3. 在宅医療・在宅介護の推進と住宅政策との連携	4,5
4. 診療所と病院の役割の明確化	6,7
5. EBMの推進と医療の標準化	8
6. 重複・不要検査の是正	9
7. 後発医薬品の使用促進	10
8. 不正な保険医療機関や介護サービス事業者等への指導・監査の強化	11
9. 医師・看護師等の医療従事者等の役割分担の見直し	12
10. 診療報酬・介護報酬の見直し	13,14
11. 包括払いの促進	15
12. IT化の推進(原則レセプト完全オンライン化、健康ITカード [®] (仮称)導入に向けた検討)	16,17
13. 地域医療提供体制の整備	18
14. 医療情報の提供	19
15. 医療・介護の安全体制の確保等	20

1. 生活習慣病対策の推進・介護予防の推進

生活習慣病対策の推進

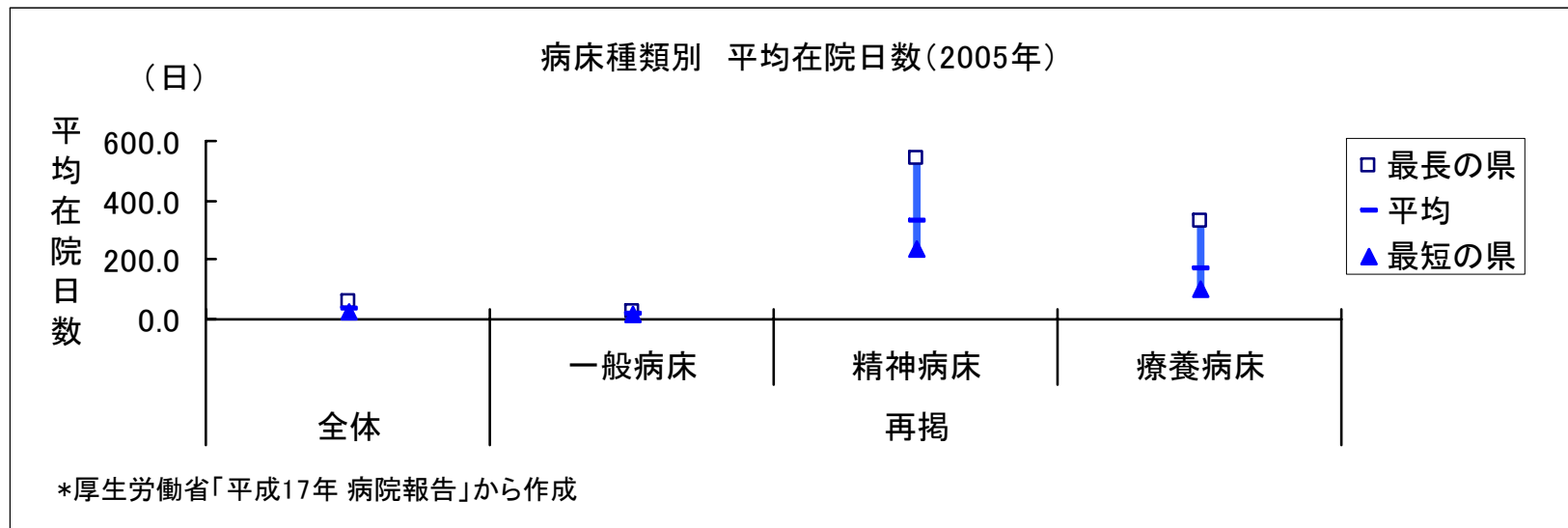
「平成27年度までに、メタリックシンドローム(内臓脂肪症候群)の該当者及び予備群を平成20年度比で25%以上減少(平成24年度までに10%以上減少)」
(2007年5月15日経済財政諮問会議提出資料「医療・介護サービスの質向上・効率化プログラム」より。以下同じ)

- 平成20年度の特定健診・特定保健指導の実施に向けて、基盤整備が前提となる。
- これらの実施にあたり、民間機関へのアウトソーシングの問題も含め、質を担保する対策が不可欠である。
- 健診結果から治療へのスムーズな体制づくりが求められる。

2. 平均在院日数の短縮

「平成27年度までに、平均在院日数について、全国平均と最短の県の差を半分に
(平成24年度までに差を3分の1短縮)」

平均在院日数の数値目標化は、特に精神病床、療養病床の多い地域では、
地域特性を無視した過度の短縮化は認められない。→地域格差の助長



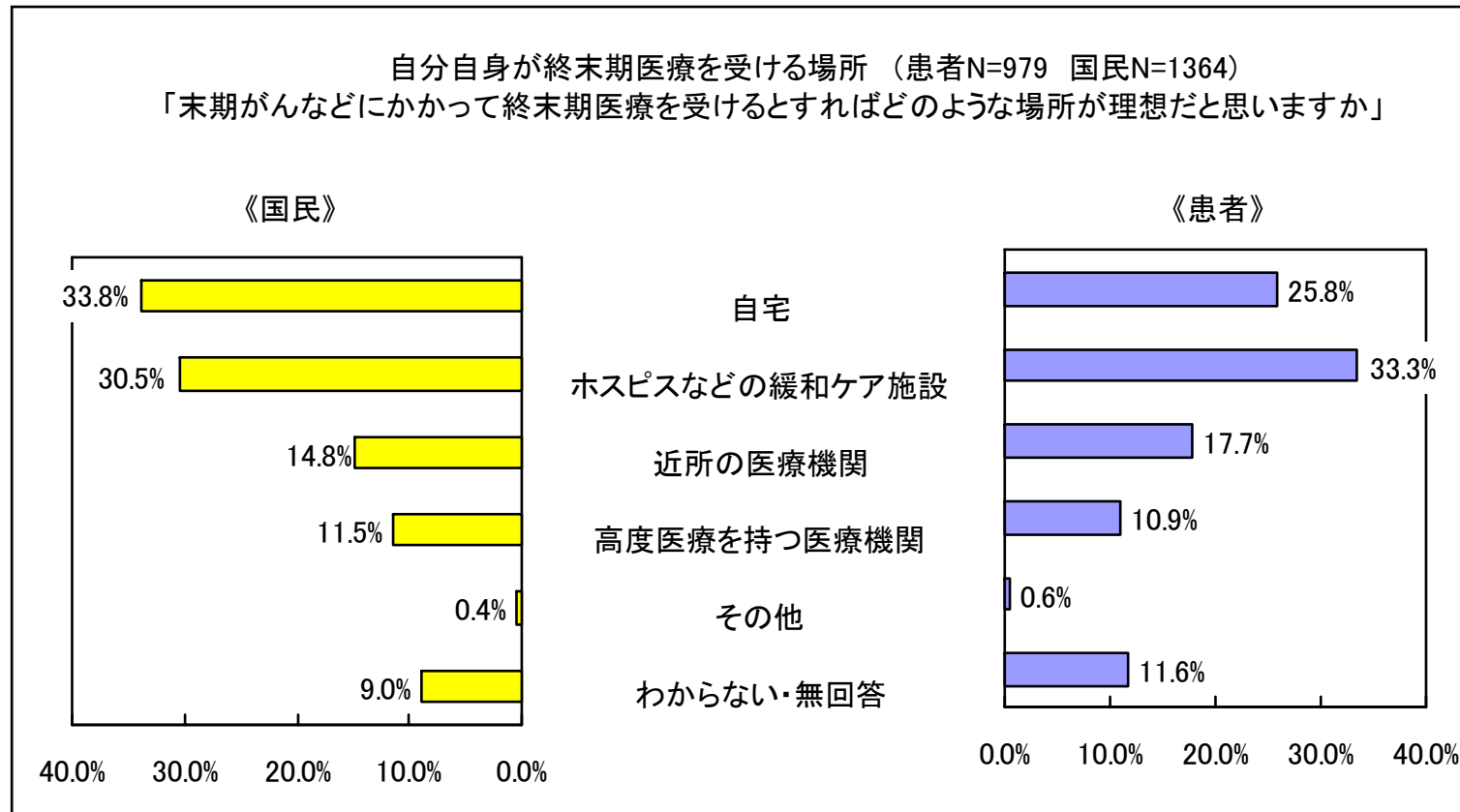
	全体	再掲		
		一般病床	精神病床	療養病床
①最長の県	55.4	23.3	544.6	325.4
②全国平均	35.7	19.8	327.2	172.8
③最短の県	27.3	17.4	235.4	98.0
差(②-③)	8.4	2.4	91.8	74.8

3. 在宅医療・在宅介護の推進と住宅政策との連携

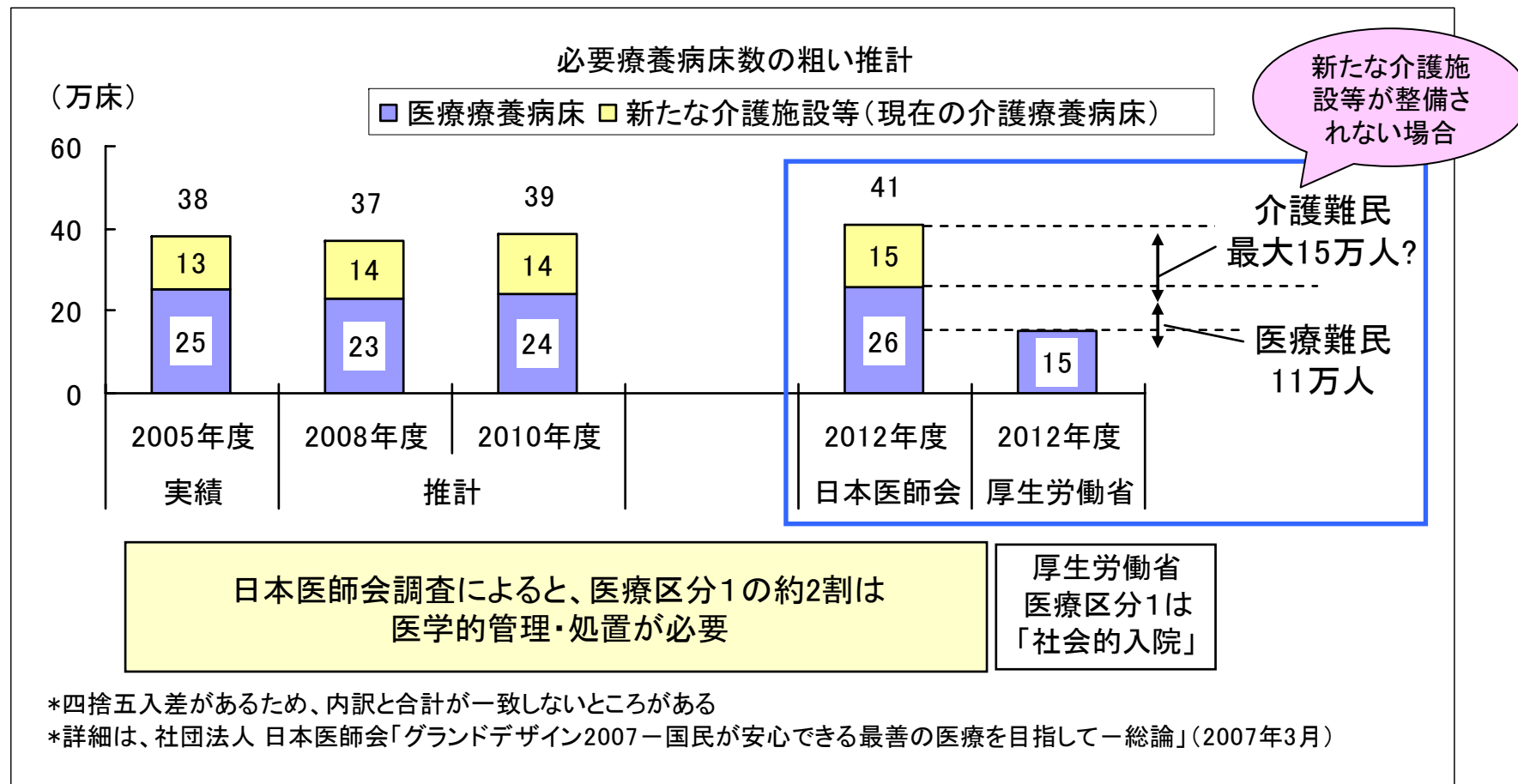
「平成20年度までに、全都道府県において、新たな医療計画を策定、主要な疾病ごとに急性期、回復期から在宅療養までの一貫した医療連携体制を明示」

国民が考える終末期医療

終末期において、必ずしも高度な医療を望まない傾向がある。また、看取りの場としては自宅と同じぐらい緩和ケア施設を挙げる人もある。多様な選択肢を国民に提供することが必要である。



厚生労働省は、2012年度に医療療養病床を15万床にする方針である。しかし、患者実態を踏まえると、2012年度には医療療養病床は26万床必要である。医療難民、介護難民を出さないためにも、療養病床のあり方の見直しが求められる。



4. 診療所と病院の役割の明確化

「平成19年度中に、総合的な診療能力をもつ医師の養成の仕組みについて検討」

日本医師会：「総合的な能力を有する医師」の養成

背景

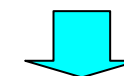
最新の医療情報を熟知して、必要な時には専門医も紹介できる、身近で頼りになる「地域医療、保健、福祉を担う総合的な能力を有する医師」が求められている。

日本医師会等の取り組み

- 日本医師会は、これらの医師を養成するためのシステムや生涯教育カリキュラムを、学術推進会議、生涯教育推進委員会において検討中
- 日本医師会は、日本プライマリ・ケア学会、日本総合診療医学会、日本家庭医療学会と共同で独自のプログラムを検討中

国が資格を認定することは・・・

地域の医療提供体制全体の管理統制へ



フリーアクセスの制限

患者のフリーアクセスを担保する仕組みを構築

社団法人 日本医師会

医師不足のため勤務医が疲弊している一方で、開業医は地域医療を中心となって支えている。勤務医不足の解消と開業医の適正な評価のため、財政中立を脱却した新たな財源が求められる。

開業医(医師会員)は、それぞれ分担して地域の保健・医療・福祉活動を担っている

- 救急対策(急患センター出務、休日診療、夜間診療)、電話相談
- 学校医、産業医、警察医
- 予防接種、乳幼児検診、がん・成人病検診、健康相談
- 感染症対策、安全・災害対策委員
- 保健・福祉計画等の策定委員
- 地域の行事における救護所等への出務
- 介護保険対応(主治医意見書、介護保険認定審査会、ケアマネジメント評価委員会 等)
- 公的医療保険維持のための保険診療に関する研修会等

5. EBMの推進と医療の標準化

「平成21年度までに総合的な初期診療のガイドラインの作成」

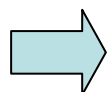
診療ガイドラインのメリットとデメリット

メリット

- 常識を逸脱した診療の是正
- 治療・診断の支援

デメリット

- 診療報酬や審査基準との連動による実質的な診療制限
- 裁判資料への活用による医療訴訟への影響



ガイドラインの目的と活用方法の明確化が必要

6. 重複・不要検査の是正

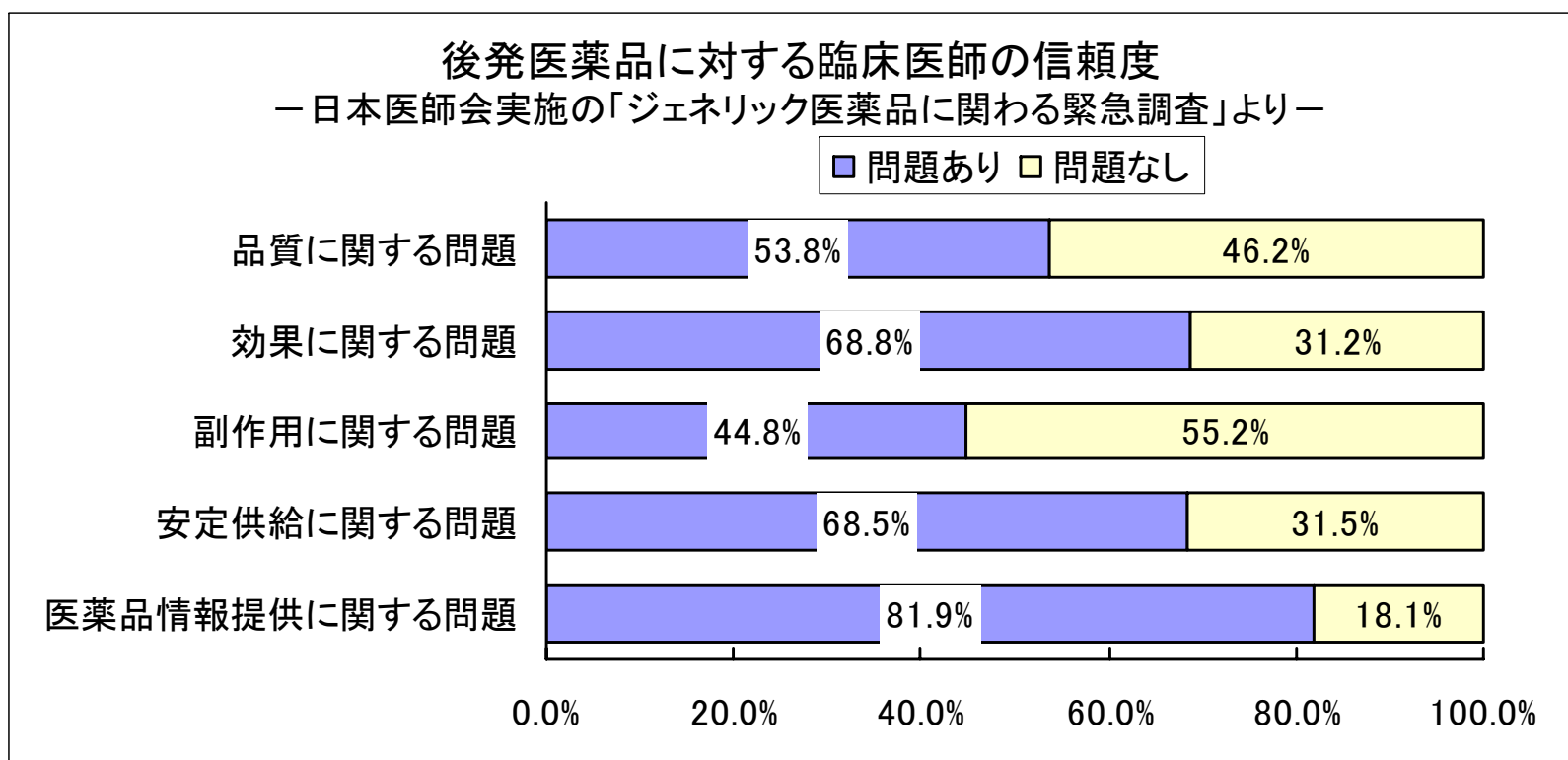
「重複検査の排除の推進、診療報酬の包括化の推進等」

- 患者の検査値は、日々、あるいは日内でも変動する。
直近の検査データの把握は、医学的にも有用である。
- 診療報酬の包括化による実質的算定制限は、個々の患者の特性を軽視するものであり容認できない。

7. 後発医薬品の使用促進

「平成24年度までに後発医薬品のシェア(数量ベースで16.8%〔平成16年度〕)を30%(現状から倍増)以上に」

医療現場での後発品に対する不安は大きい。安全性と品質の確保が先決。



調査の概要 1. 調査期間: 2006年5月26日～7月31日 3. 調査方法: 日本医師会ホームページによる調査
2. 回答者 : 577人 4. 対象 : 臨床医師

8. 不正な保険医療機関や介護サービス事業者等への指導・監査の強化

「診療報酬の包括化の普及に伴い保険医療機関等の指導・監査を更に強化
(個別指導の数を毎年8,000箇所目指す)」

- 平成17年度実績で保険医療機関等への個別指導は、2,878件(新規指定個別指導を除く)であり、これを約3倍に拡大するのは、非現実的である。
- まずレセプト高点数の医療機関を対象とする現在の指導大綱を見直すべきである。
- 個別指導も、ピア・レビューとして実施されるのが、基本である。
- 保険診療への理解については、大学教育においても積極的に取り組むべきである。

9. 医師・看護師等の医療従事者等の役割分担の見直し

「平成19年度中に、医師・看護師等の医療従事者等の役割分担の見直しについて、一定の結論を得る」

基本方針2007(素案)

「医師と他の医療従事者の間の役割分担の見直し」(9頁)

「医師・看護師等の医療従事者等の役割分担の見直し」(25頁)

医師や看護師が行う事務的作業の軽減には異論はない。

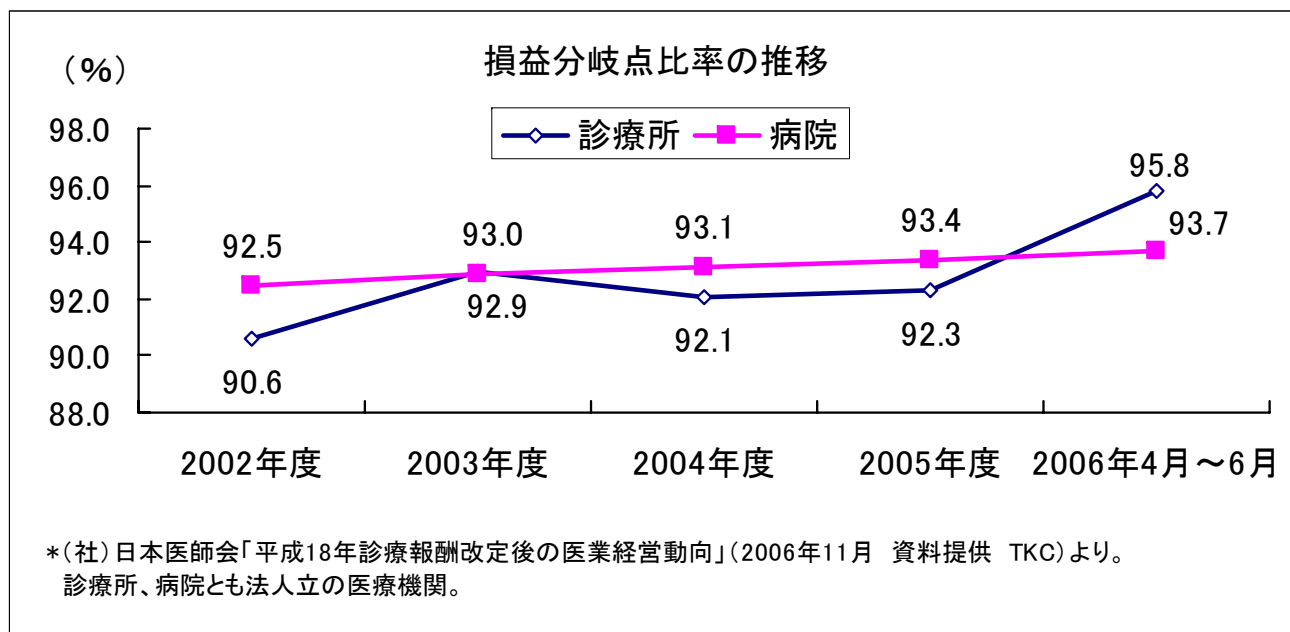
しかし、それぞれの身分法で規定する業務範囲の見直しは、責任の所在も含めて慎重に検討すべきである。

また、医療の質・安全の確保のためにも、医師の指示の下で役割分担を行うことを徹底すべきである。

10. 診療報酬・介護報酬の見直し

「平成18年度診療報酬改定の結果検証等を踏まえ、平成20年度に、次期改定を実施」

質の高い医療を提供するためには、医療機関の健全経営は大前提である。医療機関の損益分岐点比率は悪化をつづけ、2006年度には診療所で95%を超えた。わずかな環境変化(患者減による収入減など)にも耐えられない実態である。



損益分岐点比率: 損益分岐点比率95%の場合、収入が5%超減少すれば赤字に転落する。

介護報酬の見直し

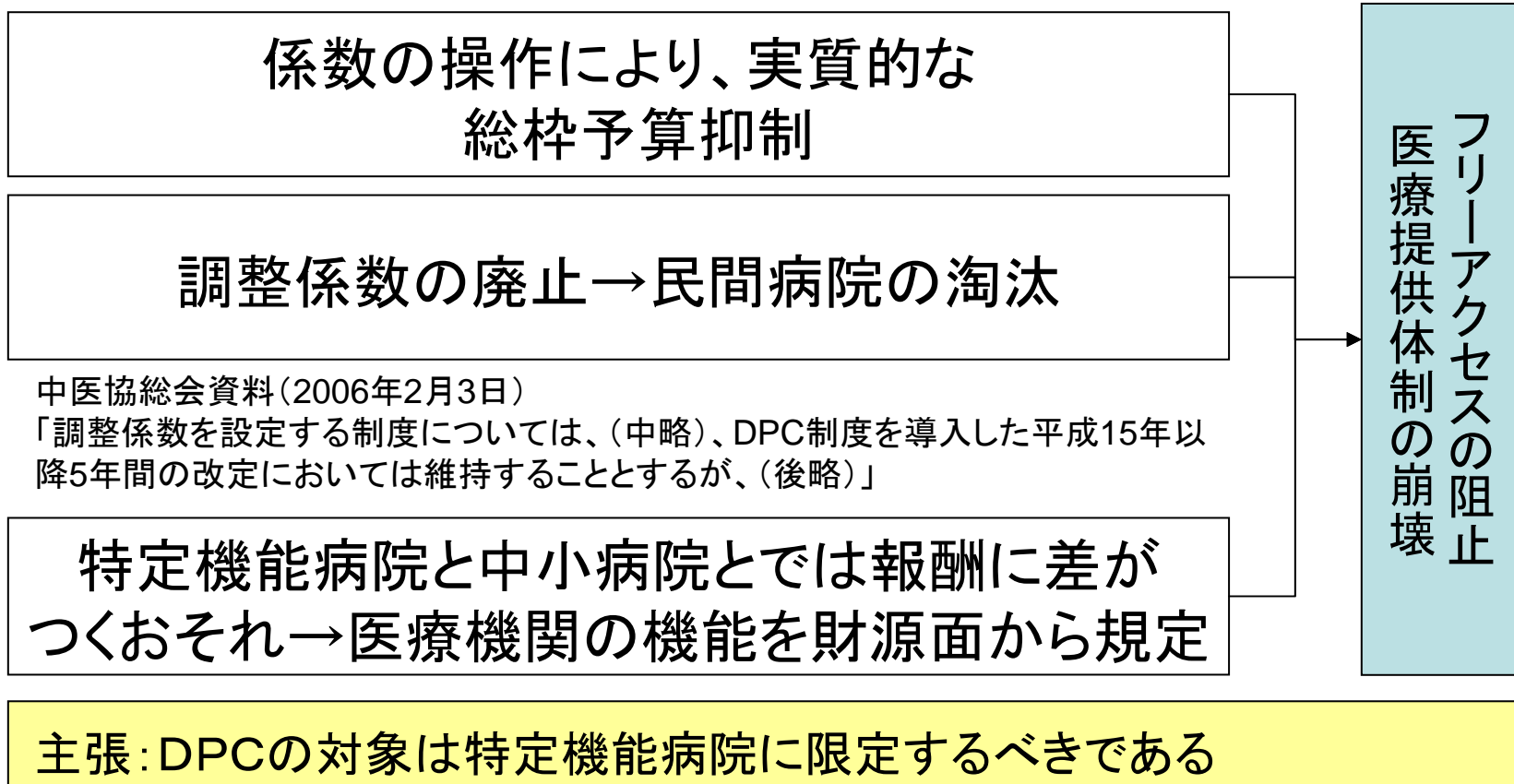
「平成20年に、介護事業経営実態調査を実施し、その結果等を踏まえ、平成21年度に次期改定を実施」

- 介護事業経営実態調査の精度の向上（有効回答率のアップ）。
- 介護サービス利用者の安全性の質の担保のため、
介護サービス従事者等の人員配置基準の大幅な見直し。
- 現在加配している実態に即した、介護保険施設等の人員に関する
報酬上の評価。
- 財源の確保。
- 財政中立の観点からの、介護療養型医療施設の報酬引き下げと、
報酬設定による転換型老健施設への誘導策の阻止。

11. 包括払いの促進

「平成24年度までに病院の機能分化を推進する中で、DPC支払い対象病院数360（平成18年度）を当面1000（現状から3倍増）に」

DPC対象病院の拡大は、財源面からの機能分化を規定し、医療抑制につながる。



12. IT化の促進

「平成22年4月までに、8割以上、平成23年4月までに、原則全てのレセプトをオンライン化」

強制的なレセプトのオンライン化は、医療の個別性や良質な医療の提供を損なうおそれがある。

ーレセプトオンライン化による弊害

- ・いわゆる機械審査は、医療の平均化を生み、個々の患者特性に応じた「最善の医療」の提供が阻害されるおそれが大である。
- ・オンライン化が画一的機械審査につながってはならない。
- ・医学的根拠に基づく診療行為は、どのような審査体制においても容認されなければならない。

ーオンライン化できない医療機関への対応

- ・全ての医療機関に義務化することは不可能であり、対応できない医療機関への十分な配慮が必要である。

健康ITカード(仮称)

「平成19年度中を目途に健康ITカード(仮称)の導入に向けた結論」

健康情報は究極の個人情報である点を踏まえ、事前の十分な国民的議論が必要である。

ープライバシーの問題

- ・国民は、相手が医療・介護の従事者であっても、自らの健康情報を全て知られたくはない。
- ・ID窃盗などによる危険性はクレジットカードなどの金銭のみの損失とは比較にならない。
- ・年金・医療・介護・雇用の制度をまたがる「健康ITカード」は、多くの民間人による操作が想定され、さらに情報漏えいの危険性が懸念される。

ー財源の問題

- ・カードの発行費用。
- ・カード情報と既存病院システムとの連携コスト。
- ・患者が自分の受けた診療内容を確認するには、個人が特定できる。生涯1患者1カルテの巨大なデータベースが必要。

13. 地域医療提供体制の整備

「平成20年度までに全都道府県の医療計画において、主要な4疾病・5事業について、医療機能に着目した診療実施施設を各医療圏域ごとに明示」
「産科・小児科といった診療科や地域による医師の偏在に対する拠点病院づくり等」

- 産科・小児科の医師不足対策は、集約化・重点化を安易に行えば、患者の切り捨てにつながり、新たな「医療難民」が発生する。
- 単に都道府県に「ノルマ」を押しつけるような医療計画の推進を避けるべきである。
- 都道府県は、地域の実状を反映させた計画を積極的に国に発言していくべきである。

14. 医療情報の提供

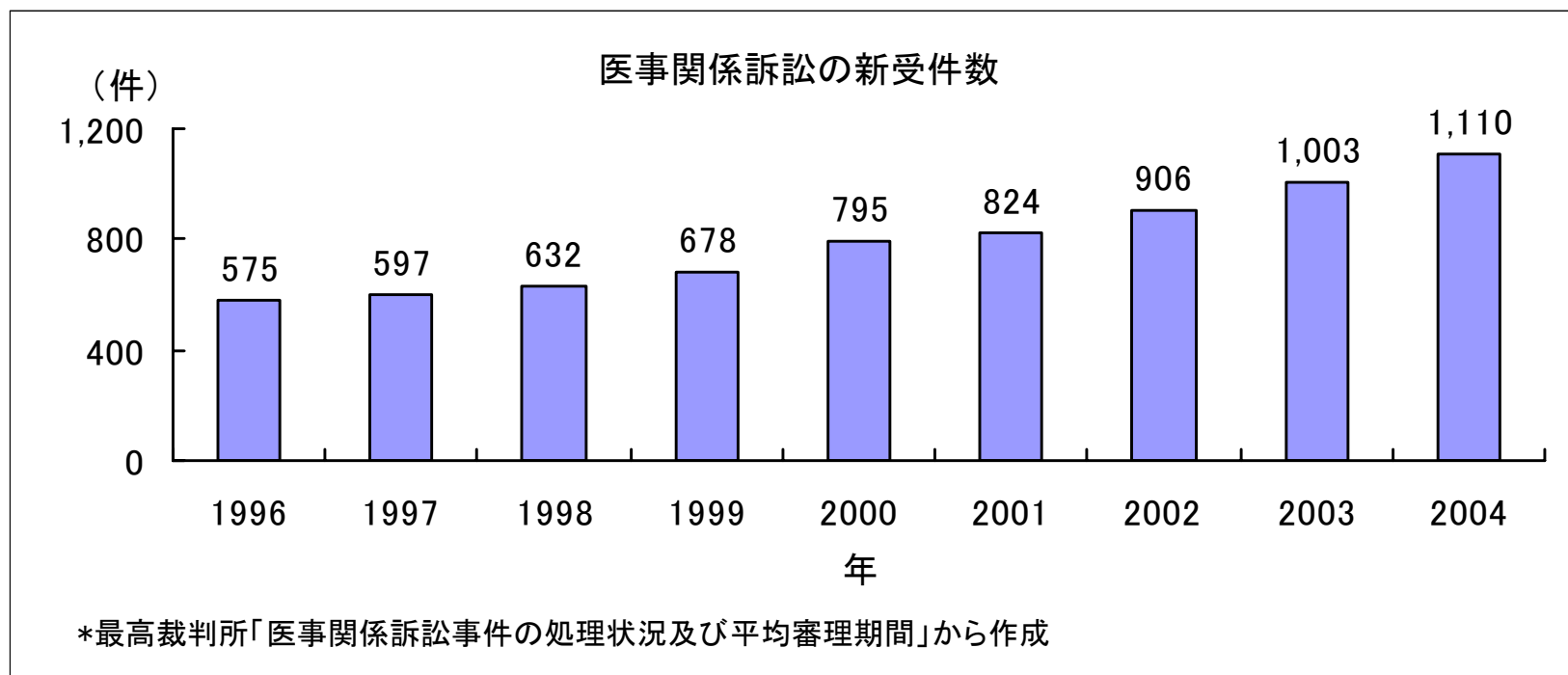
「平成20年度中に、全都道府県において、医療の実績、結果に関する事項を含めてインターネット等による情報提供を実施」

- 患者の誤った受療行動を生むような情報提供とならないよう最大限の注意を払う必要がある。
- 地域医療における適切な医療連携を阻害するような内容であってはならない。
- 地域医師会による情報提供を推進すべきである。

15. 医療・介護の安全体制の確保

「死因究明制度等について有識者による検討会の議論を踏まえ結論」

医事紛争・医療訴訟が急増し、さらには刑事訴追されるケースも出てきており、診療科によっては医師の大幅な不足を招いている。



医師の不作為を避けるため、医療上の問題における刑事訴追を限定化すべきである