

経営情報レポート

どうなる政権交代後の医療・介護

民主党が描く医療・介護政策



- 1 民主党政策集INDEX2009 にみる医療・介護政策
- 2 後期高齢者医療制度廃止と医療保険の一元化
- 3 診療報酬引き上げとレセプトオンライン請求の原則化
- 4 療養病床再編計画の凍結と介護職員の賃金アップ



1 | 民主党政策集 INDEX2009 にみる医療・介護政策

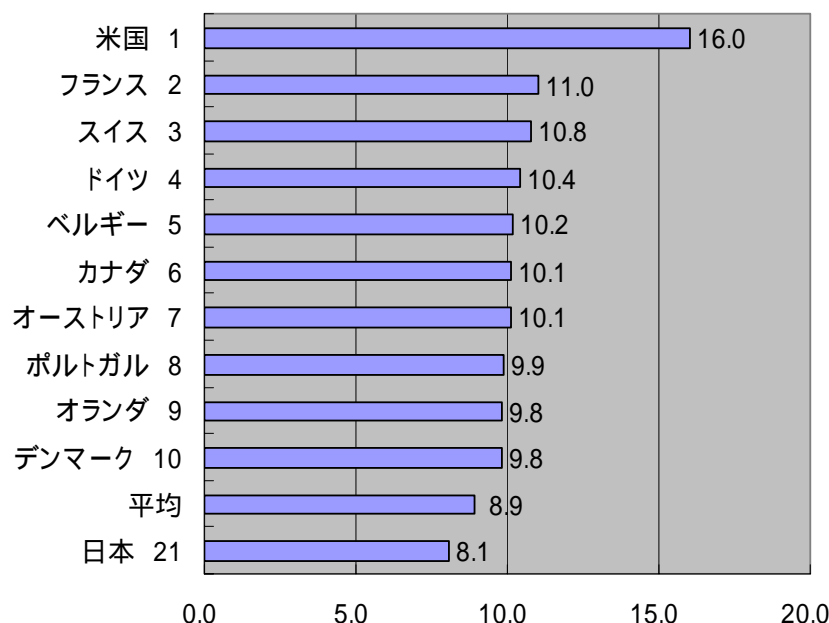
民主党が描く医療政策とは

8月30日に投開票が実施された第45回衆議院議員総選挙で、民主党は単独過半数を大幅に超える308議席を獲得し、9月16日に招集された特別国会で民主党の鳩山由紀夫代表が第93代首相に選ばれ、民主党を中心とする政権が誕生しました。医療崩壊という現在の状況を生じた最大の原因は小泉政権下ではじまった医療費抑制策にあると、民主党は過去の自・公政権下で進められてきた医療政策を真っ向から否定してきました。ここでは「民主党政策集INDEX2009」の中から医療政策を抽出し、今後何を行おうとしているのかを整理します。

(1) 医療政策の基本的考え方

自公政権がこの5年間、毎年2200億円の社会保障費を削減した結果、現在の日本は、OECD諸国(先進30カ国)の中で医療費の対GDP比が21位、1人当たりの医療費は17位、人口10万人当たりの医師数は26位という状況に落ち込んでいます。新政権下では、今後4年間で医療費を対GDP比でOECD平均の8.9%(現在日本は8.1%)に引き上げ、最終的にはドイツ並みの11%を目指して1.2兆円の予算を投入し、今後15年間で「実働の医師数」を10万人増やすというのが基本的な考え方です。

OECD諸国の医療費対GDP比率トップ10(2007年)



資料：OECD Health Data 2009

(2) 医療政策の各項目

「民主党政策集 I N D E X 2009」の医療政策（詳細版）は7つの項目から構成されています。社会保障制度の安定からはじまり、予防医療、医療安全、医療提供体制、診療報酬等多岐に亘っています。マニフェストは、今後4年間で実現を目指す内容を盛り込んでいるのに対して、この「政策集」は、民主党の政策議論の到達点をまとめたもので、4年間のうちに実現することを約束したものではありません。ただし、閣議了承を受けており、党の公式見解といえますので、両方を検証する必要があります。

「民主党政策集 I N D E X 2009」の骨子

社会保障制度の安定
 予防医療の推進
 医療の安心・納得・安全
 国民皆保険制度の維持発展

医療提供体制の整備
 診療報酬の引き上げ
 各診療科・疾患対策

具体的に示された医療政策

上記の各項目を、具体的に示したのが、詳細版になります。社会保障制度の安定を柱に、さまざまな政策が盛り込まれています。以下にこれらの項目を整理します。

(1) 政策の柱となる社会保障制度の安定

「民主党政策集 I N D E X 2009」の医療政策（詳細版）では、はじめに社会保障費削減方針の撤廃を打ち出しています。

国の責任で社会保障制度を維持発展

自公政権が「骨太の方針 2006」で打ち出した社会保障費削減方針（年 2200 億円、5 年間で 1 兆 1000 億円）は撤廃
 各制度の無駄な構造を改め、すべての国民が迎える高齢期や、困窮した場合のセーフティネットを堅固なものにする

医療は提供する側と受ける側の協働作業

各界・各層の代表の意見を幅広く聴取し、医療の抜本改革に関する目標と工程を定めた基本方針を策定
 高度救命救急を行う3次救急病院の開設等、国民が生活圏内で必要な医療が受けられるように、各都道府県が定める医療計画の抜本的見直し

(2) その他の医療・介護政策

その他、具体的医療・介護政策のうち、新たに創設し、今後実施される予定となっている項目を一覧にしました。後期高齢者医療制度の廃止、医師養成数を1.5倍に増加、療養病床を削減する介護療養病床再編計画の中止など、医療機関、介護サービス提供機関に影響を及ぼす政策が今後検討されて行くことになります。

医療の安心・納得・安全

『医療における患者の尊厳を保障し、安全・納得を得られるための法律』を成立させる

無過失補償制度の創設

医事紛争の早期解決を図るため、すべての公的保険医療機関、薬局、介護施設において発生した医療等事事故例全般を対象に、訴訟提起権とは区別した公的な無過失補償制度を創設

後期高齢者医療制度の廃止と医療保険の一元化

後期高齢者医療制度を廃止し、これに伴う国民健康保険の財政負担増は国が支援
被用者保険と国民健康保険を順次統合し、将来、地域医療保険として、医療保険制度の一元的運用を図る

包括払い制度の推進

国内どこに住んでいても、医学的根拠に基づく医療（EBM）が受けられるよう、急性期病院において、より一層の包括払い制度を推進
療養病床においては食費・居住費を含めた包括払い制度を導入

医師養成数を1.5倍に増加

当面、OECD諸国の平均的な人口当たりの医師数（人口1000人当たり医師3人）を目指し、大学医学部定員を1.5倍にする

現役医師の有効活用策で医療従事者不足を軽減

救急、産科、小児、外科、へき地、災害等の医療提供体制を再建するため、地域医療計画を抜本的に見直し、支援を行う

臨床研修の充実

一貫性のある学部教育、前期・後期臨床研修を通じて質の高い専門医を養成し、専門医が研修医の指導医となる臨床研修システムの構築
後期卒後臨床研修については、総合臨床医研修、へき地医療研修、産科・救急・小児・外科医療研修などの分野を中心に、インセンティブを付与することによって偏在を解消

勤務医の就業環境の改善

医師養成、活用策により実働医師数を増加させるとともに、医療従事者の勤務条件を改善し、勤務医の離職を防ぎ、国民に良質で安全な医療を提供

救急搬送・救急医療の連携強化

救急業務を市町村から原則的に都道府県に移管し、救急本部に救急医療の専門的知識・経験がある医師を24時間体制で配置

地域医療を守る医療機関を維持

総医療費対GDP比をOECD加盟国平均まで今後引き上げ
地域医療を守る医療機関の入院については、その診療報酬を増額
中医協（中央社会保険医療協議会）の構成・運営等の改革

レセプトオンライン請求の原則化

レセプトのオンライン請求を「完全義務化」から「原則化」に改める
外来管理加算の5分要件に関しては、診療所負担の軽減を図るため撤廃

長期療養病床計画

現在の療養病床は居住施設への転換を図りつつ、急性期病床から亜急性期病床へ、亜急性期病床から療養病床への転換を図りながら、総枠としての療養病床38万床を維持

良質な介護を可能とするマンパワーの充実

良質な介護サービス拡充のため、事業者に対する介護報酬を7%加算し、介護労働者の賃金を月4万円程度引き上げる。介護支援専門員の介護報酬を引き上げるとともに、権限と裁量を増やし、独立性を高める。

介護サービス基盤の拡充

療養病床を削減する介護療養病床再編計画を中止し、介護の場から追い出されたり、長い間入所待ちを余儀なくされたりしないよう、将来にわたって必要な病床数を確保。現行の施設整備計画の約3倍のスピードで、質の高いグループホームをはじめ、特別養護老人ホームや老人保健施設、地域の実情に応じた小規模対機能施設を増設する。

以下に、これらの項目について医療・介護における重要項目をピックアップするとともに、問題点等について検証します。

2 | 後期高齢者医療制度廃止と医療保険の一元化

後期高齢者医療制度の廃止

「民主党政策集 I N D E X 2009」の医療政策（詳細版）より、後期高齢者医療制度の廃止については、下記のように記載されています。

(1) 後期高齢者医療制度の廃止

民主党がマニフェストに掲げた政策の中で、最も注目されるのが後期高齢者医療制度の廃止です。民主党は制度廃止について「1～2年の間に廃止したい」との考えを一部報道の中で示しています。問題は、制度廃止に伴う財政負担と廃止後の新制度設計です。財政負担については、8500億円を投入すると民主党マニフェスト政策各論に明記してあり既に検討が始まっていますが、早期の具体策提示が求められます。

後期高齢者医療制度の廃止

2008年4月から75歳以上の高齢者を対象として始まった後期高齢者医療制度は国民を年齢で差別し、高齢化率が上昇するほど75歳以上の保険料負担が増える仕組みです。民主党はこの制度を廃止し、医療制度に対する国民の信頼を回復します。廃止に伴う国民健康保険の財政負担増は国が支援します。

（民主党政策集 I N D E X 2009）

(2) 今後の課題

今後の課題は、いつ本制度を廃止するのかという点と、廃止した後の新制度をどのように設計するのかという点です。制度廃止の時期については、明確な時期は公式に明示されていません。また、廃止後にどのような制度に移行するのかについても、旧制度には戻さないことは明言しているようですが、そのような制度設計となるのかははっきりしていません。可能性としては公的医療保険を統合したうえで、地域別の保険への再編を急ぐとみられます。

また、2008年度から既にスタートしている本制度を廃止すれば、各自治体の現場は大混乱するとともに、コンピューターシステムの入替えについて莫大なコストが発生すると予想されます。

後期高齢者医療制度廃止に関する課題

制度廃止の時期
制度移行に伴う混乱
新制度の設計

医療保険制度の一元化

「民主党政策集 I N D E X 2009」の医療政策（詳細版）より、医療保険の一元化については、下記のように記載されています。

(1) 医療保険制度の一元化

医療保険の一元化については、被用者保険と国民健康保険を順次統合し、将来、地域医療保険として、医療保険制度の一元的運用を図ることにより、国民の生命・健康を公平に支える医療保険制度を実現するとあります。現在の医療保険制度は、市町村国保においては、世帯負担上限額は59万円であり、高額所得者の保険料負担は全国健康保険協会（協会けんぽ）と比べて優遇されています。また、被用者保険においては保険料率が健保組合によって大きく異なり、給与水準の高い層ほど保険料率が低い傾向にあるという問題点を抱えています。今回の一元化構想はこうした状況を変える狙いがあると思われます。

医療保険の一元化

国民健康保険を運営する自治体への財政支援を強化し、地域間の格差を是正します。わが国の医療保険制度は国民健康保険、被用者保険（組合健保、協会けんぽ）など、それぞれの制度間ならびに制度内に負担の不公平があり、これを是正します。被用者保険と国民健康保険を順次統合し、将来、地域医療保険として、医療保険制度の一元的運用を図ることにより、国民の生命・健康を公平に支える医療保険制度を実現し、国民皆保険制度を守ります。高齢者の保険料負担は現行水準の概ね維持または軽減、若年負担について現行水準の概ね維持、70歳以上の自己負担を1割、現役並み所得者については2割とし、医療給付費に占める公費割合の増加等を図ります。

（民主党政策集 I N D E X 2009）

(2) 今後の課題

保険制度一元化の議論は、過去にも検討されてきました。その度に、ネックとなってきたのが、サラリーマンの事業主負担分の取り扱いです。この負担分については、新たな税

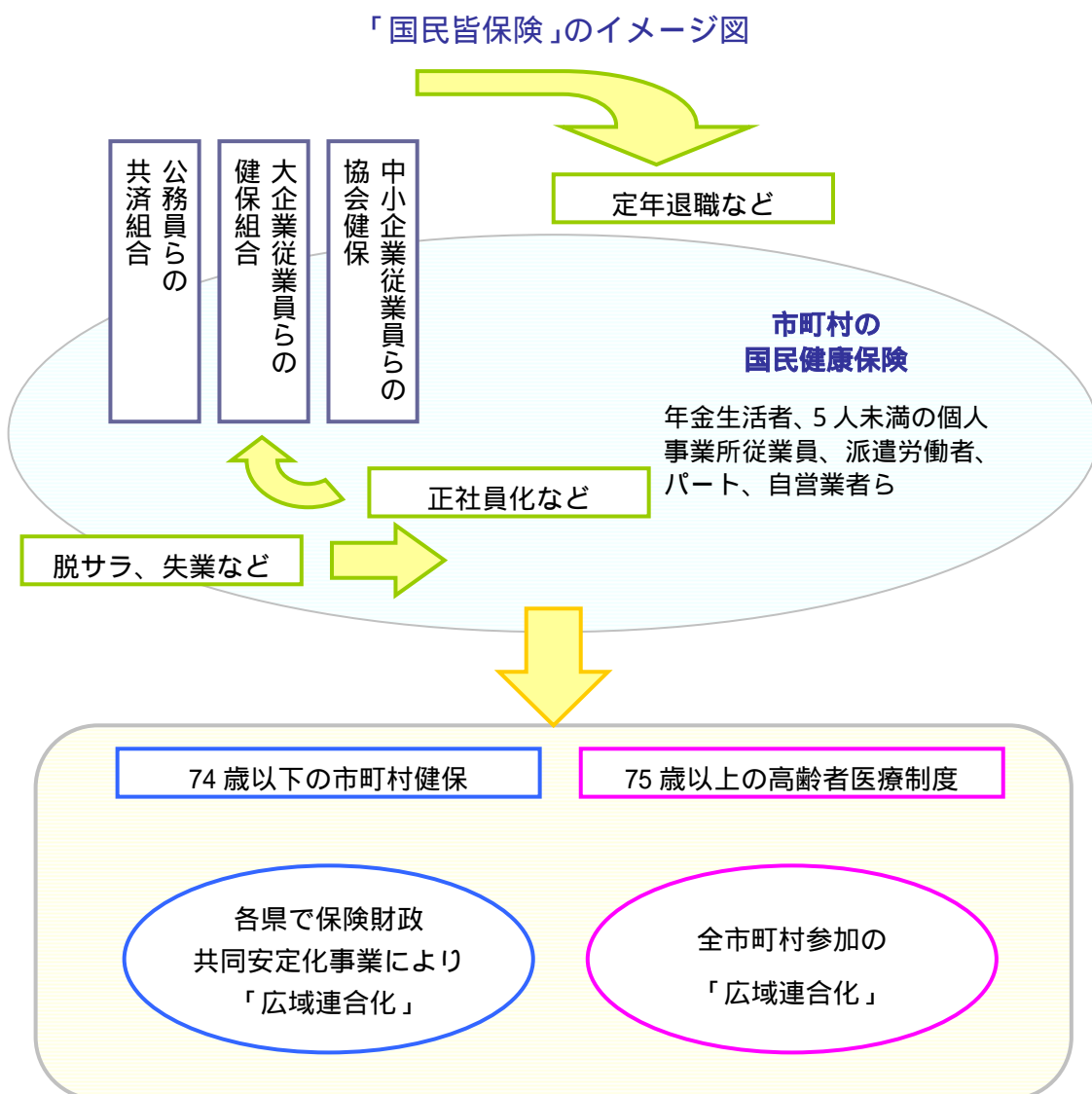
金等により解決可能との考え方もありますが、技術的に困難な部分もあります。

実際、マニフェストには、社会保険庁は国税庁と統合して「歳入庁」とし、税と保険料を一体的に徴収するとあります。これが実現すれば、保険の一元化及び社会保障番号を導入することが可能となり、年金・医療・介護すべてを管理できるようになると考えられます、

医療保険の一元化に関する課題

- 一元化の時期及び財源
- 新制度の設計概要
- 社会保障の番号制度導入

地域医療保険制度の近未来像



(出典：目白大学大学院人間学部・宮武剛教授資料 ~フェイス・スリー2009.10)

3 | 診療報酬引き上げとレセプトオンライン請求の原則化

診療報酬改定率は10%アップ？ 配分にメリハリ

病医院経営において最も気になるのは、診療報酬がどれだけアップするのかという点です。マニフェストでは、「医療崩壊を食い止め、国民に質の高い医療サービスを提供する」として総額9000億円程度の公費を配分することは示されていますので、プラス改定の方向性は間違いない所でしょう。

9000億円の内訳としては、約1000億円が大学附属病院の再建や医師養成等に配分されると予測すると、約8000億円が診療報酬の増額分に回されることになります。これは改定率で10%に相当する上げ幅と試算できます。

課題としては、社会保障審議会・医療部会及び医療保険部会の中で議論されているように厳しい経済情勢の中、診療報酬の大幅なプラス改定が保険料負担にはね返り、保険財政のさらなる悪化を懸念する意見があることです。

診療報酬増額分の配分については、広く浅くではなく、一般病床の入院について2割程度のアップをするなどメリハリをつける方向性となっていますので、今後の議論に注目したいところです。

民主党マニフェスト 政策各論 年金・医療政策より

医療崩壊を食い止め、国民に質の高い医療サービスを提供する

【政策目的】

医療従事者等を増員し、質を高めることで、国民に質の高い医療サービスを安定的に提供する。特に救急、産科、小児、外科等の医療提供体制を再建し、国民の不安を軽減する。

【具体策】

自公政権が続けてきた社会保障費2200億円の削減方針は撤回する。医師・看護師・その他の医療従事者の増員に努める医療機関の診療報酬（入院）を増額する。

OECD平均の人口当たり医師数を目指し、医師養成数を1.5倍にする。

国立大学付属病院などを再建するため、病院運営交付金を従来水準へ回復する。

救急、産科、小児、外科等の医療提供体制を再建するため、地域医療計画を抜本的に見直し、支援を行う。

妊婦、患者、医療者がともに安心して出産、治療に臨めるように、無過失補償制度を全分野に広げ、公的制度として設立する。

【所要額】

9000億円程度

(1) 地域医療を守る医療機関を維持

診療報酬に関しては、過去のマイナス改定が地域医療の崩壊を招いたとして、社会保障削減の撤廃と共に、診療報酬上の評価引き上げ、特に医療機関の入院に対して増額するという政策を打ち出しました。2000年以降の診療報酬改定率を下記に示しましたが、実際に各年度において医療費抑制策の名の下にマイナス改定が実施されたことがわかります。

2000年以降の診療報酬改定率

改定年月	診療報酬（本体）				薬価・材料		全体
	医科	歯科	調剤	平均	薬価ベース	医療費ベース	
2000年4月	2.0%	-1.3%	0%	-1.5%	0.42%	-1.7%	0.2%
2002年4月	-1.3%	-1.3%	0%	-1.5%	0.42%	-1.4%	-2.7%
2004年4月	0%	-1.3%	0%	-0.6%	0.17%	-1.0%	-1.0%
2006年4月	-1.5%	-1.3%	0%	-1.36%	0.38%	-1.8%	-3.16%
2008年4月	0.42%	-1.4%	-1.0%	-1.8%	-1.2%	-1.2%	-0.82%

診療報酬改定

累次の診療報酬マイナス改定が地域医療の崩壊に拍車をかけました。総医療費対GDP比をOECD加盟国平均まで今後引き上げていきます。まず、医師確保などを進め、看護師、医療クラーク、医療ソーシャルワーカー、医療メディエーター、補助者などの増員に努め、地域医療を守る医療機関の入院については、その診療報酬を増額します。その際、患者の自己負担が増えないようにします。4疾病5事業を中核的に扱う公的な病院(国立・公立病院、日赤病院、厚生年金病院等)を政策的に削減しません。中医協(中央社会保険医療協議会)の構成・運営等の改革を行います。

(民主党政策集 I N D E X 2009)

(2) レセプトオンライン請求の原則化

2005年12月に示された「医療制度改革大綱」を受け、翌2006年4月に厚生労働省令(第111号)によって、レセプトオンライン請求化の完全実施に向けたスケジュールが定められました。これらは規模等によって段階的に実施されることとしており、400床以上の病院にあっては2008年4月から、また同床未満の病院も2009年4月からは、レセプトオンライン請求が義務化されています。

診療所では、2010年4月から本格的なオンライン請求がスタートし、完全義務化に向けて原則としてレセプトコンピュータ(以下、「レセコン」)がある施設は同年度から、また

持っていない施設も 2011 年度からはオンライン請求以外のレセプト請求が一部の例外を除いて認められないとされていました。

レセプトオンライン化については、各関係団体から完全義務化撤廃や一定の救済策設置などの要望が相次いで示されていましたが、これらの要望を受け「完全義務化」から「原則化」に改める政策を打ち出しています。

民主党医療政策(詳細版) レセプトオンライン請求の原則化

レセプトのオンライン請求を「完全義務化」から「原則化」に改め、過疎地の診療所をはじめとする小規模医療機関の撤退などに象徴される医療現場の混乱や地域医療の崩壊が起こらないようにします。レセプトのオンライン化は本来、医療機関と調剤薬局等が医療情報を共有しつつ、事務効率の向上、医療費の過大・不正請求の防止、検査や投薬の重複チェックなど医療の透明化、平準化に資するものです。しかし、政府が 07 年に閣議決定した請求の「完全義務化」は、関係者の理解が十分得られていません。導入にあたっては、患者情報のセキュリティー強化とあわせ、医療機関でのコスト面、人材面での負担が過度にならないよう、国による財政負担や診療報酬上の十分なインセンティブを設けます。

(民主党政策集 I N D E X 2009)

(3) 外来管理加算の5分要件撤廃

2008 年度診療報酬改定において、外来管理加算に「概ね 5 分を超えて直接診察を行った場合に算定できる」という時間要件が導入され、その後、多くの医療関連団体から 5 分要件を撤廃せよと要求されてきました。昨年度の診療所の外来管理加算の減収額を 1053 億円と推計したデータ(全国保険医団体連合会、住江憲勇会長)も示されるなど、各診療所は減収を強いられました。これらの声を反映した形で、外来管理加算の 5 分ルールを撤廃するとしています。

民主党医療政策(詳細版) レセプトオンライン請求の原則化文中より抜粋

外来管理加算の 5 分要件に関しては、外来管理に時間要件はなじまないことを踏まえ、診療所負担の軽減を図るため撤廃します。

(民主党政策集 I N D E X 2009)

4 | 療養病床再編計画の凍結と介護職員の賃金アップ

療養病床 38 万床維持・介護職員の処遇改善・施設拡充が 3 本柱

介護分野についての主な政策内容は、療養病床再編計画の凍結と、介護職員の賃金引上げ、施設サービス拡充の 3 点といえます。以下にこれらの項目について解説します。

(1) 療養病床再編計画の凍結

療養病床再編計画については、「医療・介護難民」が問題となっている現状を踏まえ、凍結する方針としています。これは、療養病床を必要とする人が最大 54 万人であり、その内何らかの医療的ケアを要する人が 7 割に相当する約 38 万人となることから、削減の必要がないとの判断によるものです。

民主党医療政策(詳細版) 長期療養病床計画

日本の将来推計人口・平成 18 年 12 月版(国立社会保障・人口問題研究所)の中位出生・高位死亡率を採用すると 2025 年(平成 37 年)の総人口は 1 億 1843 万人になります。この時の療養病床の入院発生数を推計するため、平成 17 年患者調査(厚生労働省)の入院受療率(10 万対比)と 74 歳以下の人口推計および 75 歳以上の人口推計を用いると、2025 年は 54 万 3100 床となります。しかしながら、「療養病床における医療提供体制に関する調査報告書」(平成 16 年)によれば約 3 割の患者が医学的管理を必要とせず、これが 3 割削減の根拠です。ちなみに厚生労働省は「同報告書」の解釈を 32.9%の患者のみが医学的管理を必要としているとし、23 万床の削減計画を打ち出したのです。民主党は 2025 年の推計入院患者 54 万人の 7 割すなわち 38 万床が必要病床であり、残る 17 万人はいわゆる社会的入院と解し、在宅あるいは「終の棲家」としての施設としての拡充を図るべきであるとししました。38 万床は 2006 年の療養病床数に一致します。つまり、現在の療養病床は居住施設への転換を図りつつ、急性期病床から亜急性期病床へ、亜急性期病床から療養病床への転換を図りながら、総枠としての療養病床 38 万床を維持しなければなりません。

(民主党政策集 INDEX2009)

(2) 良質な介護を可能とするマンパワーの充実

介護のマンパワーを充実させるため、介護職員 1 人当たりの賃金（給与）を月額 4 万円程度引き上げることを予定しています。この 4 万円は、全産業の女性労働者の平均賃金と介護に従事する女性労働者の平均賃金の差が年収で約 50 万円、月額にして 4 万円強あることが根拠になっています。

民主党医療政策(詳細版) 介護サービス基盤の拡充

良質な介護サービスの確保のため、事業者に対する介護報酬を 7% 加算し、介護労働者の賃金を月 4 万円程度引き上げます。これは自己負担や保険料アップにつながらない方法で行います。介護の現場では、2009 年 4 月より介護報酬が 3% 引き上げられましたが、介護労働者の賃金引き上げには至らず、労働者の賃金が低く抑えられたままとなっており、労働条件の悪化と深刻な人手不足が常態化しています。

(民主党政策集 I N D E X 2009)

(3) 介護サービス基盤の拡充

2012 年 3 月末に削減・廃止予定だった介護療養病床を当面残す考えを打ち出しています。また、2009 年度補正予算に組み込まれた約 2500 億円の 3 倍である年間 7000 億円から 8000 億円を介護施設や地域介護拠点の整備に投入する考えとなっています。

民主党医療政策(詳細版) 介護サービス基盤の拡充

療養病床を削減する介護療養病床再編計画を中止し、介護の場から追い出されたり、長い間入所待ちを余議なくされたりしないよう、将来にわたって必要な病床数を確保します。地域における各種病床間・施設間の連携を促進し、適切な医療・介護提供体制を再構築します。また、約 40 万人の施設入所の待機者を解消するため、現行の施設整備計画の約 3 倍のスピードで、質の高いグループホームをはじめ、特別養護老人ホームや老人保健施設、地域の実情に応じた小規模多機能施設を増設します。介護保険制度は国民の共同連帯の理念によって成り立つものであり、家族介護だけに負担を強いるのではなく、介護を必要とする人に良質なサービスを提供できるよう介護基盤整備を拡充します。

(民主党政策集 I N D E X 2009)