

医療制度改革関連法の成立で 地域の医療はどう変わる 1

1. 医療制度改革関連法をめざすもの

厚生労働省の意見広告『なるほど医療制度改革!』

『国民皆保険を堅持し、将来にわたり持続可能なものとするために』
 『国民が負担可能な範囲にとどめるため、医療費の伸びを抑制します』
 『医療制度改革は、将来にわたり、誰もが安心・信頼できる医療を確保するための構造改革なんだね』

◎本当のところは…

- ①公的保険給付範囲の削減
- ②病院から「居宅」へのシフトを軸にした医療費の抑制構造へ(病床数の削減など)
- ③「予防(「生活習慣病」に関する健診等)→外来→入院→在宅療養→在宅終末期医療・在宅看取り」の「地域完結型の医療、体制づくり
- ④都道府県を単位とした医療保険制度に再編

◎新たに導入された三つの仕組み

- ①地域間の医療格差の拡大を招く仕組み
 - ・道府県単位の医療費実績が反映した保険料率の導入
 - ・保険が効く医療を保障する診療報酬を都道府県単位で定める特例、75歳以上の高齢者は別建ての診療報酬に
- ②無用な世代間の対立を招く仕組み
 - ・被用者保険・国保が拠出する後期高齢者医療への「支援金」⇒被保険者から「特定保険料」として、新たに徴収
- ③保険料のあり方を変える仕組み
 - ・後期高齢者から保険料を個人単位で徴収
 - ・サラリーマンであっても雇用主負担がない社会保険料の導入

◎地方自治体の役割、あり方が変えられようとしている

- ①都道府県に対して、「医療費適正化」の構造的な対策を義務付け、競わせる
- ②75歳以上の高齢者を対象にした市町村広域連合の設立
- ③保険者に健診義務化⇒住民基本健診から「特定健診」へ
- ④地方自治体の福祉医療制度への波及

◎医療制度改革関連法の眼目とは…

(1) 医療費の伸びを抑える構造的な対策を法律で規定

医療費(正確には医療保険からの給付費)の伸びを、「経済財政と均衡」させる⇒2025年までの削減目安8兆円 ⇒56兆円を48兆円に
 <短期的に効果の現れる対策…公的保険給付範囲の削減>

- ①診療報酬引き下げ 1兆円
- ②患者負担引き上げ 1兆円
 - ◎保険のきかない医療を拡大するためのルール再編
 - <中長期的に効果の現れる対策…医療の「効率化」により、医療費の伸びを抑制>
- ③「生活習慣病」対策(有病者・予備群25%減少) 2兆円
- ④平均在院日数の短縮(36日から31日、さらに27日へ25%短縮) 4兆円+α
 - ◎「予防(「生活習慣病」に関する健診等)→外来→入院→在宅療養→在宅終末期医療・在宅看取り」の「地域完結型の医療、体制づくり
 - <削減効果を「担保」する制度設計…都道府県単位の制度と財政>
- ⑤新高齢者医療制度の創設(65~74歳は前期高齢者・75歳以上は後期高齢者)
- ⑥医療保険制度(保険者)を都道府県単位に再編し、医療費実績を反映した保険料率とする仕組みを導入

- 「高齢者の医療の確保に関する法律」など12本にわたる法律によって、構造的な「医療費適正化」対策を推進

(2) 厚生労働省の辻哲夫事務次官…「病院中心を生活中心にシフトし、医療費も少なくて済むシステムをつくる」(2月18日当時は審議員)

病院に入院して医療を受けることから、自宅や『居住』施設に移ってもらい、医療も介護サービスも外部から「出前する」という仕組みに切り替えていく。病床を削減するとともに、『居住』施設への転換を促す

自宅やケアハウスや有料老人ホーム、高齢者専用賃貸住宅などの『居住』施設に住み続け、そこでじくなってもらい、『在宅での看取り』を増やすという、高齢者をターゲットにした「医療費適正化」を計画

- 病院から地域、生活へということ自体間違いないが、地域の実態は、病院から「追い出された」患者を受け止めることができる状況にはない
- 地域の医療機能が急速に低下していることで、行き場を失う高齢者の入院患者が大量に生まれ、高齢者が家庭や地域の中で孤立する事態になりかねない
- 都道府県単位で医療費実績が反映した保険料にすることが本格稼働する

ならば、住民には医療費を削減して、保険料を抑えるという選択が迫られることに

- 国の医療保障に対する責任を大きく後退させるなか、地方自治体を競わせ、国民の「自己責任」を強調し、健康・医療格差の拡大を助長する「国民皆保険」になりかねない、形骸化、空洞化を一面進めることに

2. 短期的に効果の現れる対策

…公的保険給付範囲の削減

厚生労働省の意見広告『なるほど医療制度改革!』

『負担を公平・明確にするために、患者負担も見直します』

(1) 一部負担金の引き上げ…2006年10月実施、2008年4月実施

- ▷「現役並み所得者」に区分された70歳以上の高齢者は2割から3割負担へ…06年10月から
- ▷「現役並み所得者」以外の70~74歳の高齢者は1割から2割負担へ…08年4月から
- ▷「現役並み所得者」以外の75歳以上の高齢者は1割負担

- 「現役並み所得者」の判定基準は、①現役世代の平均的な収入(政府管掌健康保険の標準報酬月額平均)、②税制上の諸控除により設定、具体的には、課税所得額(住民税)が年間145万円以上、もしくは年収が単身世帯で383万円以上、2人以上世帯で520万円以上、標準報酬月額28万円以上が基準とされる(年収基準は政令で定める)

- 収入によっては税制見直しの影響を受け、一割負担から、一挙に三割負担になるケースも⇒厚生労働省は、公的年金等控除の縮小による「一般」区分から「現役並み所得者」へ移行は約90万人と推計、「低所得者II」区分から「一般」への移行は50万人と推計⇒介護保険料や国保料にも影響が

(2) 療養病床に入院している高齢者の食費・居住費が自己負担に(保険給付から外す)

- ▷生活療養標準負担額…「一般」は食費として1食につき460円(月額4.2万円)、居住費として月額320円(月額1.0万円)(70歳以上・住民税課税者・多床室、「低所得者」は所得に応じた額…06年10月から、2008年4月からは65歳以上に対象拡大)

- 慢性的な症状で長期に入院する患者にとって、必要不可欠な食費療養、病室の冷暖房や照明、入浴などに使用する水などが自己負担化された

- ▷現行どおり食料費の負担に留める…「診療報酬上の医療区分2又は3の患者」「難病等の患者」「回復期リハビリ病棟入院料の算定患者」など

(3) 高額療養費の自己負担限度額の引き上げ

- ▷二段階で自己負担限度額を引き上げ…06年10月から、08年4月から
- ▷人工透析患者の自己負担上限の引き上げ⇒70歳未満の患者で、「上位所得者(月収53万円以上)」は、月額上限を1万円から2万円へ(厚労省は対象患者約25万人のうち1割程度が対象と説明しているが…)

- ▷入院については、医療機関の窓口での支払いを自己負担限度額にとどめる(受領委任払い方式)措置を全年齢に拡大…2007年4月実施

→被保険者が事前に申請し所得区分を確定し、その上で医療機関が計算できるようにするため、「限度額適用認定証」が必要。1医療機関を単位として入院費用を自己負担限度額にとどめる(所得制限は設けない)⇒出生育児一時金の受取代理制度も、保険者が任意で実施できることに

(4) 特定療養費を廃止し、保険外併用療養費に組み替え…混合診療の本格的導入

- ▷保険外併用療養費を「評価療養」「選定療養」の2つに分類…06年10月から
- ▷評価療養…「医療技術」(先進医療(現行の高度先進医療を含む))
「医薬品・医療機器」(治験、保険適用前の投与や使用等)に分類
- ▷選定療養…「快適性・利便性」(特別の療養環境、予約診療、時間外診療)
「医療機関の選択」(200床以上病院の初診(未紹介患者)、再診)
「医療行為の選択」(制限回数を超える医療行為、180日を超える入院、前歯部の材料差額、金属床総義歯、小児う蝕治療後の継続管理)に分類

- 健康保険法で「療養費の支給」の対象とされている分野に、「医療技術」、「医薬品・医療機器」、「医療行為」、「医療機関」などの項目が組み込まれることによって、保険医療と保険が効かない医療の併用制度が本格化

- 日本の患者負担は先進主要国の中でも重い、限界の状態にもかかわらず、厳しい「給付減と負担増」計画は、健康悪化→医療費増の悪循環、国民の生存権、とりわけ高齢者の人権を損なうことに、本当の医療費適正化を行って、公的医療を拡充することこそ緊喫の課題

3. 中長期的に効果の現れる対策

…都道府県単位でつくる『計画』

厚生労働省の意見広告『なるほど医療制度改革!』

『糖尿病等の生活習慣病を予防して、治療にかかる医療費を抑えます』
 『先進諸国で最長の入院期間を短縮します』
 『地域の医療機能の分化・連携をすすめて、切れ目のない医療を提供。在宅生活への早期復帰を応援します』

(1) 都道府県「医療費適正化計画」の作成・実施

⇒都道府県に「医療費適正化計画」の策定を義務づける
 2008年4月から計画スタート(1期5年間)
 ⇒糖尿病等の患者・予備群の「減少率」と、平均在院日数の短縮という二つの政策目標を掲げ、「全国標準の数値目標」の達成をめざす
 ⇒〇〇県の5年後の医療費(医療給付費)見直しを算出して明記

〈平均在院日数の短縮〉

▷平均在院日数の短縮に関する医療費適正化計画の策定は、医療計画見直し過程、介護保険支援事業計画の実施・見直し過程の中で一体的に行う
 …中でも療養病床再編が中心

- ・医療機能の調査06年度
- ・県内の医療提供体制について「知見を有する者からヒアリング」～07年度
- ・事業ごとの病院名等の入った連携体制案の作成(病院・診療所からの情報を基に)
- ・全国の先進医療機関・先進地域の事例収集・勉強会、圏域単位での医療と介護が連携したネットワークづくり～07年度、以降も継続
- ・地域ケア体制整備の基本的な考え方の整理～07年度

▷療養病床の再編に関して

- ・3計画に共通する横断的・統一的な基本方針＝地域ケア整備構想(仮称)を07年度から秋頃までに策定
- ・長期入院の全体状況の把握～06年度
- ・12年度における平均在院日数の短縮の政策目標の検討、その目標実現に伴う医療費見直しの算出～07年度
(厚労省は12年度時点で、3000億円の給付費削減(医療保険4000億円減、介護保険1000億円増)を見込む)
- 「病床数と一人当たり老人医療費には高い相関がある」
 まず療養病床の6割削減などによって、平均在院日数を短縮する次の段階では一般病床も削減(平均在院日数を25%短縮できれば、病床の25%が不要になる 厚生労働省宮島総括審議官06.9.7講演)
 病院は3つに区分 ①急性期病院(DPC=1日当り包括定額の診療報酬)、②慢性期(亜急性期・回復期リハビリ)、③「慢性疾患患者病床」に区分し、各区分ごとに病床数を設定
- 削減した病床は、介護老人保健施設、有料老人ホーム、ケアハウス、「高齢者専用賃貸住宅」などへ転換を促す
- 病院での「看取り」を減少させて、「居宅」での「看取り」を増やす
 厚労省は、医療機関以外の「居宅」での看取りを、現在の2割から4割に引き上げることで、終末期の医療給付費が2015年度で約2000億円削減、2025年度で約5000億円削減という「医療費適正化効果」を公表

〈「生活習慣病の予防」対策〉

▷「生活習慣病の予防」に関する医療費適正化計画の策定は、健康増進計画見直し過程の中で一体的に行う
 …対策の中心は保険者による特定健診・保健指導の推進

- ・データ収集・分析～06年度
- ・各都道府県の特徴の整理～07年度
- ・各保険者の取組状況の把握と支援～07年度
- ・保健指導の人材養成研修、民間事業者の育成
- ・各保険者の特定健診・保健指導の政策目標の設定

〈都道府県単位の「診療報酬の特例」(第1のペナルティ)〉

▷都道府県は、国に対して、(医療費適正化計画の)目標の達成のために必要があると認める時は、「診療報酬に関する意見を提出することができる」(高齢者確保法第13条)
 厚生労働大臣は、「当該意見に配慮して、診療報酬を定めるように努めなければならない」
 ⇒計画作成年度の翌々年度(中間年)と最終年度の翌年度に、意見提出ができる対象は全国に共通する診療報酬に対する意見

▷厚生労働大臣は、目標達成のために必要があると認める時は、「適切な医療」を各都道府県で「公平に提供する観点」から「合理的であると認められる範囲」で、「他の都道府県の区域内における診療報酬と異なる定め」ができる(高齢者確保法第14条)
 ⇒計画終了の翌年度に、実績評価の結果、都道府県別の診療報酬の特例を厚生労働大臣が定める(2012年度に第1期が終了するので、2013年度以降)

- 地域差の拡大要因となる、保険者と保険医療機関の個別・割引契約の拡大・定着にもつながる

(2) 保険者「特定健診・特定保健指導実施計画」の作成・実施

⇒保険者協議会と地域・職域連携推進協議会が協力と推進機能を担う
 ⇒2008年4月から計画スタート(1期5年間)

▷厚生労働省は「生活習慣病の予防」について、健康関連機器など産業界も参画する『健やかな生活習慣国民運動』計画

▷保険者に対して、40歳以上75歳未満の被保険者と被扶養者を対象とする「内臓脂肪症候群」に着目した健診・保健指導の実施を義務付ける(特定健診等以外の各種健診や事業主健診は従前通り)

- ⇒特定健診項目から胸部レントゲンは除く
- ⇒75歳以上は努力義務
- ⇒がん検診等の保健事業は努力義務
- ⇒被扶養者は居住地の保険者に委託できる
- ⇒労働安全衛生法に基づく事業所健診で代替

▷健診等の実施データの保護・管理は各保険者が個別に長期管理

- ⇒健診データを電子化(実施医療機関から保険者への健診データの提出は可搬型電子媒体とする)、健診・指導の対象者への「健康管理番号」を導入
- ⇒被保険者と被扶養者の医療費データ(レセプト請求完全オンライン化・2011年度中)と健診データの突合をシステム化

▷住民の健康保持は自治体の基本的な責務。その位置づけが大きく変えられる

- ⇒健診・保健指導の実施は、医療保険財源からその費用を支出
- 08年度は受付率60%・3400人、1600億円の費用見込む(@4705円)
- 15年度は受診率80%・4600人、2100億円の費用見込む(@4565円)
- ⇒老健基本健診44%、政管健保「生活習慣病予防」健診29%
- 自己負担は各保険者が設定(厚生労働省は市町村国保の場合、1300円程度を想定)

▷保険者の実施状況や成果によってはペナルティを課す(第2のペナルティ)

- ⇒保険者が負担する後期高齢者医療への支援金を、各保険者の健診「受診率」、保健指導「実施率」、内臓脂肪症候群の有病者・予備群「減少率」の各指標に基づいて加算・減算(上下限10%の範囲内)

▷ねらいは民間企業の参入

「予備群の人、境界領域に対する保健指導は、アウトソーシングを積極的に推進する」

「最後に責任をとるのは、アウトソーシング先の企業の保健師・管理栄養士である。企業は腕のいい保健師を集め始め、保健師の争奪戦が始まっている。行動変容を促せない保健師はお呼びがかからず」(5/30-31国保連保健事業課長会議で中島厚労省参事官)

- 死因の6割、国民医療費で10兆円を占める「生活習慣病」の患者予防や発生を減らし、国民の「有病率」を引き下げることで医療費の水準も安定していく。国民の4割が自覚症状を持つか通院という実態から、公衆衛生や保健事業などの基盤整備や、早期の受診・治療の促進によって重症にならないようにすることや、労働環境の改善が必要

(3) 都道府県「医療計画」の作成・実施

⇒「総治療期間(在院日数を含む)が短くなる仕組みをつくる」
 2008年4月から新計画スタート(1期5年間)

▷都道府県の各「地域」で、「事業」ごとに「医療連携体制」を構築

- ①「疾病の治療または予防に係わる事業」
 …脳卒中対策、糖尿病対策、がん対策等の主要事業
- ②「救急医療等確保事業」
 …救急医療、災害医療、へき地医療等の事業

⇒厚生労働省は「地域内では、各医療機関が患者に対し治療開始から終了までの全体的な治療計画を共有」という、「地域完結型の医療」を想定

- 「予防(健診・生活指導)→外来→入院→在宅療養→在宅終末期医療」をシステム化し、地域単位で運営責任を持つ体制に切り替えていく
- ⇒各「地域」における「事業」ごとの医療連携体制を医療計画に明記する
- 9つの主要事業(ガン・脳卒中・急性心筋梗塞・糖尿病・小児救急を含む小児医療・周産期医療・救急医療・災害医療・僻地医療)ごとの必要医療機能を明記した計画へ
- ⇒厚生労働省で検討している「指標一覧(案)」
- 「総治療期間」(＝退院患者の平均在院日数)
- 「在宅看取り率」(＝在宅等で死亡者数の割合)
- 「地域医療カバー率」(＝専門医数と対象人口の比率)
- 「外来受診回数」(＝平均診療間隔から算出)などの「数値目標」を設定、全国平均との比較も明示

▷医療情報の提供義務化

都道府県は、市町村等、保険者、医療提供施設の開設者・管理者に対し、医療機能に関する情報等の提供を求める

- ⇒医療機関が保有する「医療機能」を都道府県へ報告
- 都道府県はその情報を公開し、患者は医療機関を選択して受診
- 医療連携体制の中心に「かかりつけ医」を位置づけ、他の医療機関や保健所等と連携して、「在宅での看取り」を増やす構想を示しているが、現行のかかりつけ医はどうなるのか、そもそも「在宅での看取り」に対する国民の合意形成など、肝心な内容が明確にされていない。
- 厚労省は小児科救急、産科など急性期医療の象徴的なものに出題が出てきており、「急性期医療の見直しの始まり」との認識から、「医療資源の集約化」を推進する計画。医療機関の空白地域が広がる懸念される
- 全国各地で入院から在宅医療までの医療連携体制をつくり、治療開始から終了までの期間が短縮されることは必要、全国一律に数値目標を定め都道府県に競わせ、医療格差を生み出すのではなく、国の責任と負担で患者本位の医療、を実現すべき

医療制度改革関連法の成立で地域の医療はどう変わる 2

4. 削減効果を担保する制度設計

…都道府県単位につくる『組織』

厚生労働省の意見広告『なるほど医療制度改革！』

『75歳以上の方は、心身の特性や生活を踏まえた独立した医療制度を設けます』

(高齢者世代と現役世代の負担割合の公平化・透明化)

(1)後期高齢者医療広域連合の設立…2008年4月実施

▷75歳以上を対象とした独立の医療制度

運営主体は都道府県単位で全市町村が強制加入する広域連合(地方自治法に基づく特別自治体)

→65~74歳で障害認定1~3級を受けた高齢者も対象、生活保護世帯の後期高齢者は対象から除外

⇒医療給付費の財源は、個人単位ですべての高齢者から徴収する保険料(1割)、を発行 公費負担(5割)、被用者保険・国保からの「支援金」(4割)で賄うとしているが…

●「現役並み所得者」には公費負担がないため、制度発足時の実質的な公費負担率は46%、「支援金」の負担率は44%

▷後期高齢者医療は別建ての診療報酬体系

「在宅における日常的な医学管理から看取りまで常時一貫した対応が可能な」主治医の普及などを軸にした、別建ての診療報酬体系をつくる

→高齢者へ医療の提供形態と、診療報酬を一体として抜本的に改編、外来・入院などで、主な疾患ごと、治療方法ごとの包括定額制を軸にした体系を想定

→厚生労働省は独立した制度なので、国保と同様に「給付と負担の関係を明確にした」と国会答弁

⇒保険料は「応益」と「応能」割合を5:5とし、「応益」割合が全国平均で約3,100円、「応能」割合が最低で0円、最高で3,100円…制度開始の2008年度で保険料は1人当たり年額約61,000円、平均的なケースで年額約74,000円を想定

●ただし、広域連合単位で医療費実績が反映した保険料を設定

●厚生労働省は、新たに保険料を負担する高齢者(被用者保険の扶養家族)は、約200万人と推計

⇒2015年度には現役世代の人口が1.6%減少することから見込まれるため、後期高齢者負担率は10.8%に上がり、1人当たり均した保険料は年額約85,000円

▷被用者保険と国保の被保険者が負担する「特定保険料」が、後期高齢者医療への「支援金」(医療給付費の4割)、前期高齢者医療への「納付金」、療養病床の「病床転換支援金」に充てる

負担割合は下がっても、負担総額は医療給付費の伸びに連動して増えることに

▷被用者保険の本人であっても、75歳になると広域連合に移行しなければならない、同時に、扶養家族(75歳未満)は国保に移ることになる

→しかも、本人の保険料には雇用主負担は入らなくなる

●厚生労働省は、「給付は負担」が「老若を通して公平でかつ透明で分かりやすい」制度というが、広域連合間の格差拡大や、無用な世代間の対立を招きかねない

〈広域連合設立の工程〉…08年4月から制度開始

06年9月地方議会…設立準備委員会を設置

12月地方議会…規約を各市町村議会で議決

07年2月地方議会…広域連合長・議会議員選挙

5月頃までに…広域連合議会(組織、人事、給与等の条例制定)

6月議会…保険料設定の事前準備

11月上旬…広域連合議会(保険料条例制定、保険料の年金引き準備)

●市町村に「アス」

市町村に残る事務は、窓口での受付事務と相談事務(資格取得・喪失届、保険料の減免申請等)と保険料の普通徴収事務(加入者の2割)、老人保健の給付事務がすべて広域連合に移る

事務は市町村に端末を置き、住基ネットや所得のデータを広域連合の本部に送るシステムなので、市町村によっては相当数の職員削減が可能になる(06.4.27厚生労働省 土浦市国保課長補佐)

●地方自治法第1条…「住民の福祉の増進を図ることを基本として、地域における行政を自主的かつ総合的に実施する役割を広く担う」

地方自治体再編と広域連合設立の相乗効果で自治体職員削減

住民の相談に応じ、支援する態勢 自治体の役割・機能が弱体化

「三位一体の改革」によって、04年度~06年度までの3年間で、国庫補助負担金の削減は4兆7千億円(03年の先行分を含む)、地方交付税は5兆1千億円の削減、国から地方への財政支出は合計9兆8千億円の削減、国から地方への移譲移譲は3兆円にとどまり、自治体と住民に負担が押し付けられる結果に

→地方自治に基づく地方分権の推進を

(2)医療保険制度(保険者)を都道府県単位に再編

▷政管健保…全国健康保険協会を設立、都道府県単位に「支部」を設け、「支部」の医療給付費実績を反映した都道府県保険料率を設定…08年10月実施

〈全国健康保険協会発足の工程〉

06年10月以降…厚生労働省が設立委員会を選任、設立委員会で協会の組織、業務、職員採用等を検討

07年秋…職員の採用基準・労働条件の策定

08年4月…協会事業計画・定款・予算作成

08年10月…協会の発足

「全国一つの公法人だが、可能な限り、独立の保険者の集合体として運営することが制度改正の本旨」(社保庁・武田俊彦医療保険課長7/11説明会)

▷市町村国保…市町村合併に加えて、都道府県単位で「保険財政共同安定化事業」(医療費が1件30万円を超えたら全額が再保険の対象)、保険給付費の約4割が対象になる見込み…06年10月実施

(透析医療は月額で約40~50万円なので、その全てが共同安定化事業の対象となる)

「共同事業と医療費適正化計画の二つを推進し、将来は都道府県単位の財政運営に」(7・10唐沢厚労省国保課長)

▷健保組合…都道府県単位の地域型健保組合の設立…06年10月実施

5. 連動して医療提供体制を改編

…情報提供の義務化等—2007年4月実施

厚生労働省の意見広告『なるほど医療制度改革！』

『患者さんへの医療に関する情報提供をすすめていきます』

『特定の地域や、小児科・産科等の特定の診療科における医師偏在問題にも対応します』

(1)都道府県への報告義務

「医療を受ける者が病院等の選択を行うために」、医療機関の管理者は省令で定める事項を都道府県に報告し、医療機関でも「閲覧に供しなければならない」

→都道府県は報告された情報内容をインターネット等で公表する

→厚生労働省は義務化する情報として、「平均在院日数」「患者数」「入院、外来、在宅の各患者数」「詳細な詳細つきの領収書発行の有無」「セカンドオピニオンの実施」などを示す

(2)「医療提供施設」の開設・管理者の努力義務

医療提供施設の開設者・管理者は、「提供する医療について正確かつ適切な情報を提供」「患者又はその家族からの相談に適切に応ずるよう努めなければならない」

(3)患者の入退院時に係わる努力義務

医療機関の管理者は、「引き続き療養を必要とする」患者を退院させるときは、退院後の療養に必要な「保健医療サービス又は福祉サービスの提供者」との「連携を図り」「適切な環境の下での療養の継続に配慮する」ことを規定

▷患者の入退院時に入院から退院までの治療計画を作成・交付、「適切な説明」を義務付ける

▷退院時には、退院後に必要な保健医療サービス・福祉サービスについての事項を記載した書面(「療養計画書」)の作成・交付と「適切な説明」、保健医療・福祉サービスを提供する者との連携を図ることに「努めなければならない」

(4)医薬、歯科医薬業務の広告事項の拡大

患者、その家族から医療に関する相談に応ずるための措置

平均的な在院日数、平均的な外来患者数・入院患者の数

紹介をすることができる他の病院・診療所、保健医療サービスや福祉サービス提供者の名称…など13項目の広告を認める

●医療の情報公開は必要だが、広告規制緩和で医療機関の間に広告情報の格差

(5)医療安全支援センター

→都道府県等に医療安全支援センターの設置を義務化

▷患者、その家族からの「医療に関する苦情」に対し、又は相談に応ずる

▷患者、その家族、医療機関管理者に対し、「必要に応じ、助言を行う」

医療機関開設者・管理者、患者、家族、住民に対し、医療の安全確保の情報提供を行う

▷医療機関の管理者、従業者に対し、医療の安全に関する研修の実施

●第三者機関となりうるのか、国の管理強化のための機関となるのか

(6) 医師法・歯科医師法関連

▷医療機関への立入検査

医師、歯科医師について、「戒告」「3年以内の医業停止」(現行の「5年以内」を変更)「免許の取消し」の処分をすべきか、否かを調査する必要があると認めるときは、厚生労働大臣は、診療録その他の提出、病院その他の場所に立ち入り、検査させることができる
虚偽の陳述や報告、物件提出や検査を拒否すれば50万円以下の罰金に処す
⇒2007年度から行政処分を担当する専門職員を全国の厚生局(7局1支局)に配置

▷氏名などの公表

医師、歯科医師の資格確認、医療に関する選択に資するよう、医師、歯科医師の氏名や政令で定める事項を公表する

▷健保法の新設規定

「健康保険法その他国民の保健医療に関する」法律や政令の規定により罰金刑、禁錮以上の刑に処せられたときは、厚生労働大臣は、保険医療機関の指定もしくは保険医登録をしないことができる

(7) 医療対策協議会

へき地や小児科、産科などの医師不足への対応は、都道府県に設置する医療対策協議会で対応する

●医師の養成に対する公的責任を明確にして、国費の投入により必要な医師数を確保する

○当面、削減してきた医学部入学生員を増やし、「地域枠」を各都道府県の実情に応じて引き上げること認める

医師の労働条件の整備を推進し、とくに女性医師の出産・育児・介護支援のための施策の実施

診療報酬の改善や金融・税制面での支援措置、公的医療機関が医療過疎地でも運営できる財政的基盤の整備

(8) 社会医療法人の創設

▷「救急医療等確保事業に係わる業務」を要件とする「社会医療法人」(都道府県知事の認定)を創設

⇒救急医療等確保事業のために、有価証券(社債)としての「社会医療法人債」を発行できる(無記名式の法人債も可)

⇒法人債権者は社会医療法人に対して議決権を行使できないが、法人債権者集会を組織し、債権者の「利害に関する事項」について決議できる

営利法人が社会医療法人債を購入し、営利法人の役員が社会医療法人の役員を兼務できることは問題ないのか

◎「政府・与党大綱」では「公立病院等が担ってきた分野を扱えるよう公益性の高い医療法人類型」の創設を明記

▷医療法で「指定管理者制度」が明文化
自治体病院等の管理運営を第三者の民間病院に委託できる仕組み

「指定管理者制度を検討している自治体病院については、今後、社会医療法人を活用するよう期待している」(谷口厚労省医政局指導課長・当座)

▷医療法第3条は削除

「国庫は…都道府県、市町村その他厚生労働大臣の定める者が「開設する公的医療機関について…設置に要する費用の一部を補助することができる」

▷公共サービス改革法の施行…2006年7月7日

⇒「小さくて効率的な政府」を実現するとして、国や地方自治体の公共サービスを官民競争入札、民間競争入札の対象に

⇒公共サービス改革法が地方自治体の窓口業務以外に、病院事業にも適用されると、自治体病院の管理運営が競争入札の対象となる

6. 市町村を巻き込んだ共同の運動を

(1) 医療改革関連法の実施・具体化に向けて

○運用段階では政省令・告示事項に委ねられ、都道府県や市町村、広域連合設立準備委員会、保険者等に実施と具体化が任されている

⇒健保法関係で365項目(政令181、省令140、告示44、うち中協協定が法定されている項目は24)

⇒医療法関係で75項目(政令16、省令50、告示9)

○住民には大増税が顕著

●65歳以上の高齢者をターゲットに

- ・「公的年金等控除」の縮小
控除する最低額が140万円から120万円に縮小
- ・「老年者控除」の廃止
住民税では48万円、所得税では50万円の控除が廃止
- ・「住民税の高齢者の非課税措置」の廃止
所得が125万円以下なら、これまでは住民税は非課税

●サラリーマンをターゲットに

- ・「定率減税」の全廃(06年1月から半減)
所得税・住民税あわせて約3.4兆円の増税、サラリーマンが9割を占める全廃による負担増は、年収500万円の4人家族で、3万5千円の増税
- 地方自治体に対して「質問と要請」を行い、実態を最小限に食い止める
とともに、「おたの顔が見える、市町村等も巻き込んで、住民の健康・医療の拡充に向け、「共同」の運動を

(2) 新たな社会保障削減計画を許さない運動

- 今後5年間で1兆6千億円の歳入歳入一体改革を計画
歳入削減は最大で14.3兆円、歳入増は消費税を軸に
- ⇒社会保障は今後5年で1兆6000億円(国1兆円、地方0.5兆円)を抑制
- 議論の過程で浮上している主な項目
- ・保険免責制導入(通院1回千円の自己負担、実質負担は4~5割に)
- ・市販類似薬を保険給付から外す
- ・診療報酬の引き下げ
- ・後期高齢者の自己負担引き上げ(1割→2割)
- ・介護保険の自己負担引き上げ(1割→2割)
- ・生活保護の給付基準引き下げ
- ・雇用保険の失業給付の国庫負担廃止を含む見直し
- ・社会保障番号・社会保障個人会計の導入
(生涯にわたり収支勘定、給付に連動して、医療・健康情報も管理)
- ・消費税率引き上げと社会保障目的税化
(社会保障給付と消費税収を連動させる、社会保障をもっとも必要とする人に重くのしかかる)
- 全体として公的給付を縮小する一方で、「受益者負担」を拡大する(給付と負担が連動する仕組み)、社会保障本来の「応能負担」原則を縛めていくねらい
- 現物給付サービスから、現金給付への流れ(介護保険をフロントランナーとして、保育、混合診療など)

(3) 社会保障の財源問題を考える

- 国の経済力からみて…フランス、ドイツの半分以下
- 予算の使い道からみて…アメリカ、イギリスの半分
- 税負担からみて…増益でも法人税収は半分
- 雇用・経済効果からみて…公共事業の2~3倍
- 財源は「国」「法人」「個人」が負担する仕組み
⇒国の支出を削り、法人が適正な負担をしなければ、庶民の家計を直撃する
⇒庶民は疲弊し、日本社会は荒廃しかねない
- ・先進国の中で「貧困率」が高い
(「主因は労働市場における二極化の拡大」「高齢化は一因」…OECD対日経済審査報告書2006.7.20公表)
- ・20~40歳代で「ジニ係数」(所得格差を測る指標で、1に近いほど格差が大きい)が上昇
⇒税・社会保障による所得再配分が弱体化している
- 格差社会だからこそ、思い切ったナショナルミニマム(国民生活の最低限保障)拡充政策への転換を

(4) 運動の推進に係わって

- 療養病床廃止・削減に反対を表明した地方自治体の首長が六割を超える
- マスコミの中で、今後も現在の構造改革路線を続けるのではなく、見直すべきとの意見が目立ってきた
- 患者・家族(団体)の取り組みが広がり、社会的な注目を集める
⇒日本難病・疾病団体協議会の活動、リハビリ問題での多田東人名誉教授らの取り組み、障害者自立支援法の施行後の実害発生と改善の運動など

◎医療制度改革が本格的にスタートする2008年4月まであと1年6カ月、その間にある二つの選挙(統一地方選挙と参議院選挙)を要求実現の好機に

税制改革

漫画で読む 安倍セージ

税金だけは国民が主人公?

金余りの企業にはまた減税

兆を超える利益を上げた法人税はゼロ。「不良債権」を処理して「税金」を払わない。この「税金」がまかり通る理由が、銀行だけではない。相次ぐ企業減税で、日本企業はもうけに見合う税金を払わなくなっている。ところが安倍政権の頭に、この場面は「撮影禁止」の国民は、税金を支払うの時にだけ主人公に祭り上げられます。

兆を超える利益を上げた法人税はゼロ。「不良債権」を処理して「税金」を払わない。この「税金」がまかり通る理由が、銀行だけではない。相次ぐ企業減税で、日本企業はもうけに見合う税金を払わなくなっている。ところが安倍政権の頭に、この場面は「撮影禁止」の国民は、税金を支払うの時にだけ主人公に祭り上げられます。

兆を超える利益を上げた法人税はゼロ。「不良債権」を処理して「税金」を払わない。この「税金」がまかり通る理由が、銀行だけではない。相次ぐ企業減税で、日本企業はもうけに見合う税金を払わなくなっている。ところが安倍政権の頭に、この場面は「撮影禁止」の国民は、税金を支払うの時にだけ主人公に祭り上げられます。