

総合規制改革会議中間とりまとめ案に示す項目

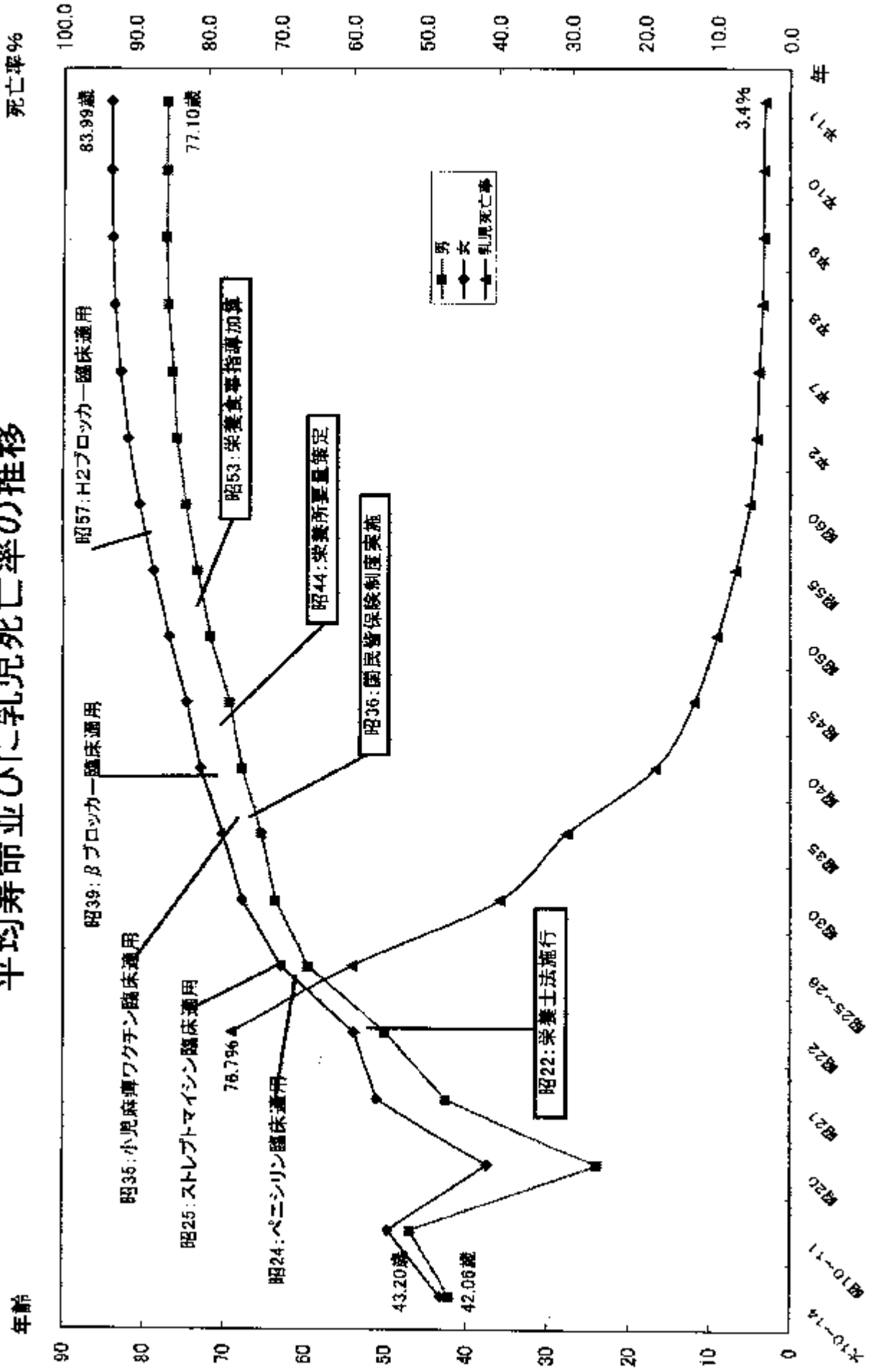
2001. 9. 20

【具体的指摘項目】

- | | |
|---|-----|
| 0. 基本的な問題点 | ……2 |
| 1. 医療に関する徹底的な情報公開とIT化の推進 | ……6 |
| ① 原則電子的手法によるレセプトの提出 | |
| ② カルテの電子化・EBM・医療の標準化などの推進 | |
| ③ 複数の医療機関による患者情報（カルテなど）の共有、有効活用の促進 | |
| ④ 日本医療機能評価機構を含む第三者機関による医療評価の見直し | |
| ⑤ 医療機関の広告及び情報提供に係る規制の抜本的見直し | |
| 2. 診療報酬体系の見直し | …24 |
| ① 定額払い制度の拡大 | |
| ② 公民ミックスによる医療サービスの提供など公的医療保険の対象範囲の見直し | |
| ③ 診療報酬、薬価、医療材料価格の決定方法など（「205円ルール」の見直しなど） | |
| ④ 医療機関の経営情報の開示 | |
| 3. 保険者機能の強化 | …35 |
| ① レセプトの審査・支払事務を社会保険診療報酬支払基金や国保連合を通さず保険者が直接行えるようにする。 | |
| ② 保険者が当該事務を当該事務を当該機関以外の民間へ委託をすることを可能とする。 | |
| 4. 医療分野における競争の導入と効率化 | …41 |
| ① 医療機関の経営形態の多様化、理事長要件の見直し | |
| ② 医療資機材の内外格差の是正 | |
| 5. その他 | …45 |
| ① 医療分野の労働者派遣（派遣の自由化） | |
| ② 医療従事者の質の確保（生涯教育の充実、研究の推進等） | |
| ③ 医師の教育改革（いわゆる医局制度の見直し） | |
| ④ 医薬品販売における範囲の見直し（一般小売店における医薬品販売の部分的解禁） | |

項 目：O. 基本的な問題点

平均寿命並びに乳児死亡率の推移



出典 平均寿命：簡易生命表、完全生命表（厚生省）
 乳児死亡率（出生1000対）：人口動態統計（厚生労働省大臣官房統計情報部）

医療と市場…基本的考え方

位置付け

- 命は平等 → 命の価格付けはできない。

理念

- 国民皆保険
- フリーアクセス
- 平等と効率の両立

方針

- 市場原理の慎重な適用
→ 理念型市場原理

具体策

- 自由な活動
 - 患者…自由 ●提供者…規制
 - 周辺事業者…自由
- 価格メカニズム
 - 単価…公定 ●数量…自由
 - 周辺事業者…自由（一部上限あり）

結果

- 世界的な高い評価
 - WHO健康寿命ランキング世界第1位
 - 世界一の平均寿命
 - 世界一低い乳幼児死亡率
 - 経済規模に比較して低い医療費

医療と競争

需要者の期待

○ 最善の治療を望む

提供者の態度

○ 最善の治療を尽くしたい

最善原則

競争の種類

○ 最善を求める「質」の競争
→ 価格は外部的に決定

経済学的競争
との相違

医療での競争

経済学的競争

価値競争

VS

価格競争

学習競争

VS

淘汰競争

競争の担保

- 提供側は応召義務(どの医師にでもかけられる自由)
- 患者側はフリーアクセス(医師変更の自由)
- 医療倫理
- 自由開業制の原則

項 目：1. 医療に関する徹底的な情報公開とIT化の推進

- ① 原則電子的手法によるレセプトの提出
- ② カルテの電子化・EBM・医療の標準化などの推進
- ③ 複数の医療機関による患者情報(カルテなど)の共有、有効活用の推進
- ④ 日本医療機能評価機構を含む第三者機関による医療評価の見直し
- ⑤ 医療機関の広告及び情報提供に係る規制の抜本的見直し

「日本健康情報センター」（仮称）構想 に関する日本医師会の提案

1. EBM (Evidence Based Medicine) に沿った診療ガイドラインの役割

- 医学医療の急速な進歩と高度情報化社会を背景に、多くの医療情報が氾濫している。医師は、溢れる情報の中から、適切かつ有用なものを選択し、日常診療に反映させることによって最良の診断・治療を行うべく努力している。
- 診療ガイドラインとは、臨床の場において想定される代表的な状況に対処するための「標準的な医療行為指針（対処法）」と位置付けられる。
- 診療ガイドラインは、臨床の場において医師が立てる診療方針や治療を支援するためのものであり、その位置付けを逸脱させてはならない。
それは、同じ疾病であっても、年齢、健康状態、合併症の有無等によって診療方針は変化するものであり、画一的な診療はかえって患者に対する適切な診断・治療を妨害することになるからである。

2. わが国の現状と課題—日本健康情報センターの必要性

- わが国においては、最近とくに各学会等が独自に診療ガイドラインを作成しており、このこと自体は日本の医療に相応したガイドラインづくりの萌芽として評価できる。しかし、これらのガイドラインが実際に臨床の現場でどのように活用されているか（浸透度・普及度）に関するフォローが十分でなかったり、あるいは、個々のガイドラインに示す診断や治療根拠の妥当性が、科学的かつ客観的に検証する統一的な指標が確立されていないことなど、解決すべき課題も残されている。
- 一方で、臨床医が極めて膨大な医療情報の中から、的確な最新情報を把握・評価することは、時間的にも実質不可能であると言える。この問題を解決するためには、科学的根拠に基づく有用で適切な情報を客観的指標によって選定・評価し、これを広く公開・普及させていくことが有効な対応と考える。
- 公開されたガイドラインについては、作成者（評価者）と利用者が双方向で情報交換ができる仕組みをつくり、利用者の意見がガイドラインの更新の際に活用できるようなシステムであることが望ましい。
- 併せて、個々のガイドラインを関連づけ体系化するとともに、その評価・運営を行う機構の設置が肝要である。

3. 日本健康情報センター設立の目的

- 科学的根拠に基づく診療ガイドラインの開発と普及は、一朝一夕にできるものではない。試行錯誤を繰り返しながら、着実に整備を進めていくのが現実的な対応である。
- 日本健康情報センター（以下「センター」という）は、これを総合的に推進するための業務を広範に担当し、公正かつ適切なガイドラインの開発と普及を図り、もって、医療の質の向上に寄与することを目的とする。

4. センターの運営主体

- センターの組織化は、日本医学会が主体となって推進し、運営は（社）日本医師会が担当する。双方の密接な連携と協力体制により、センターの公正・円滑な運営を図る。

5. センターの機能

- センターは、以下の機能を有する。
 - ・ガイドラインの客観的評価のための指標の設定
 - ・ガイドラインに対するニーズの把握と優先順位の決定
 - ・エビデンスの収集・評価
 - ・既存ガイドラインの収集と評価
 - ・評価後のガイドラインの定期的見直し（再評価）
 - ・個々のガイドラインの関連付けと体系化
 - ・ガイドラインのデータベース化と公開
 - ・ガイドライン普及のための活動
 - ・ガイドライン普及・活用状況の調査・把握
 - ・ガイドラインに関する双方向性の情報交換システムの確立
 - ・新規ガイドライン*の作成

*新規ガイドラインとは、既存のガイドラインで網羅していない疾病等に対するものをいう。

6. 2001年度センターの実施する業務

- 先に述べたとおり、科学的かつ公正な診療ガイドラインの開発と普及は、一朝一夕にできるものではない。拙速を避け、実施可能なものから逐次整備していくことが望ましい。

- センターの業務は、大きく分けて次の2つと考えられる。

- ・診療ガイドライン事業

- ：既存の診療ガイドラインを評価するとともに、新規の診療ガイドラインを作成し、これをデータベース化しインターネット等のツールを用いて公開していく事業。併せて、その普及・活用を図り、利用者の意見を的確に把握する。

・評価済オリジナル文献事業

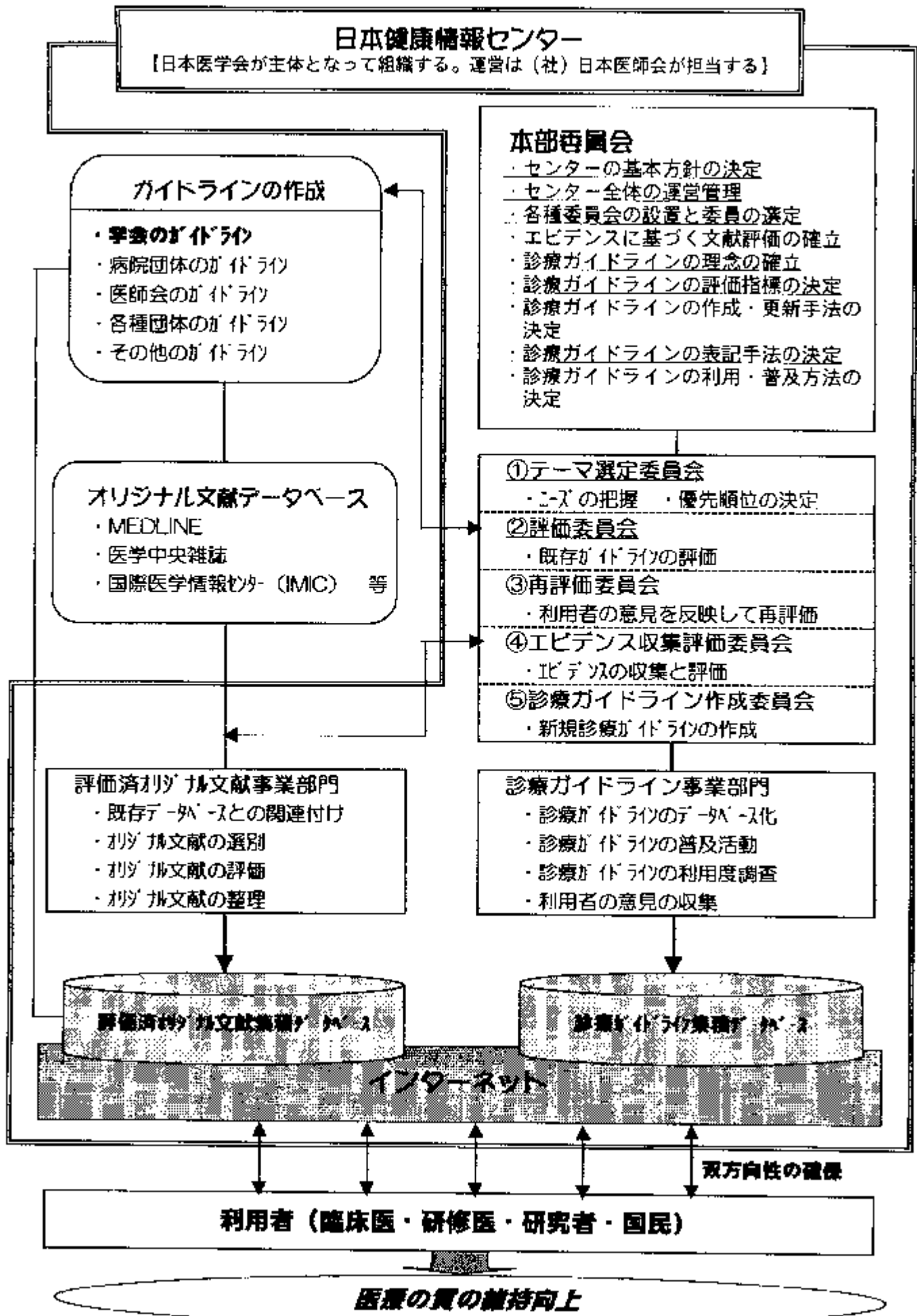
： MEDLINE等の既存のデータベースから、オリジナル文献の整理・選別・評価を行い、新規作成あるいは評価済みの診療ガイドラインとの関連付けを行いながら、これをデータベース化する事業

○今年度（2001年度）については、まずセンターを立上げ、センターの基本方針や診療ガイドラインの理念、評価指標等を確立する。

○そのうえで、ガイドラインに対するニーズ（疾病、診断、検査、治療）を把握し、優先順位を決定し、これに沿って、まず既存の診療ガイドラインの評価を行う。

7. センターの全体像

* 下線は2001年度より実施予定分



日本医師会の医療 IT 化に対する取り組み

日本医師会は、今、全力を挙げて医療 IT 化に取り組んでいます。プロジェクト名を「オルカ (ORCA)」と命名しています。

日本医師会の医療 IT 化に対する取り組みのキーワードには、3つあります。1つは「オープンソース」、次に「認証」、最後に「コーディング」です。

「オープンソース」については、「ORCA プロジェクト」に代表されるように、日本医師会で (IT 化のためのツールとして) 開発されたソフトウェアは全て無償で一般に公開し、誰もが隔たりなく IT の恩恵を享受できるようにするものです。ソフトウェアを公開することで、ソフトウェア上のブラックボックスの部分をなくし、透明性を確保しようとするものです。

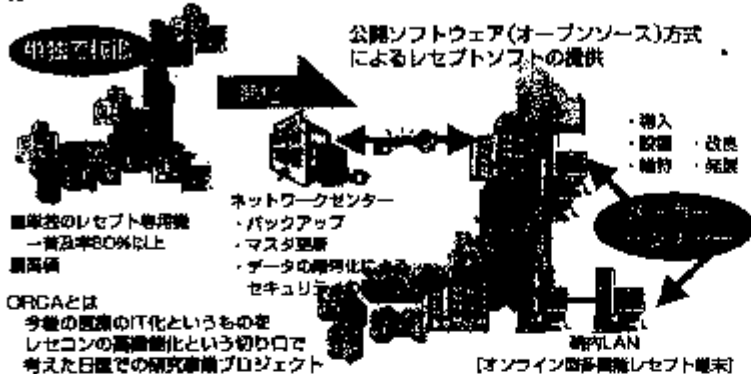
「認証」ですが、これは今後の IT 化の発展を考えると避けては通れない問題です。ネットワークの非対面性を考えると、自分がネットワーク越しにやり取りをしている相手が、本当に自分の考えている人物なのかを証明する仕組みは必須となります。医療分野において扱うデータは、患者さんの診療情報などであり、情報管理の上で守秘性等、大変重要な要素を含んでいます。このような事情を踏まえれば、日本医師会が積極的に認証のあり方を検討する必要があり、現在、研究を進めています。

最後は、「コーディング」です。これも、医療の IT 化を進める上で欠かせない要素です。IT 化が進めば、ネットワークを通じて、色々な医療機関、施設が繋がるようになります。その時、全ての情報が統一性なく、バラバラに存在していたのでは意味がありません。そのため、それぞれの情報をコード化し、標準化することによって、スムーズに情報のやり取りが可能な仕組みを目指します。

進化型オンラインレセプトコンピューターシステム

医療のIT化を進めるオープン型ビジネスモデル

レセコンをネットワーク圏へ [ORCAプロジェクト]



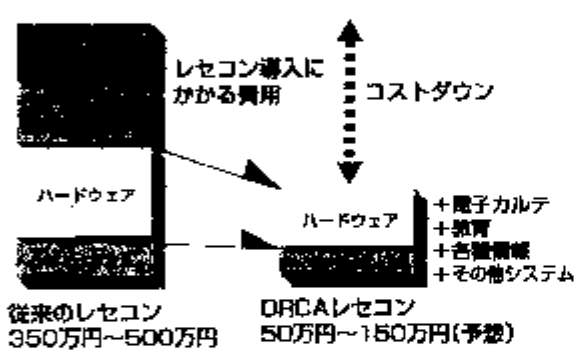
概要

日本医師会が主催するオープンソース方式のレセプトコンピュータと子カルテの事業モデル。

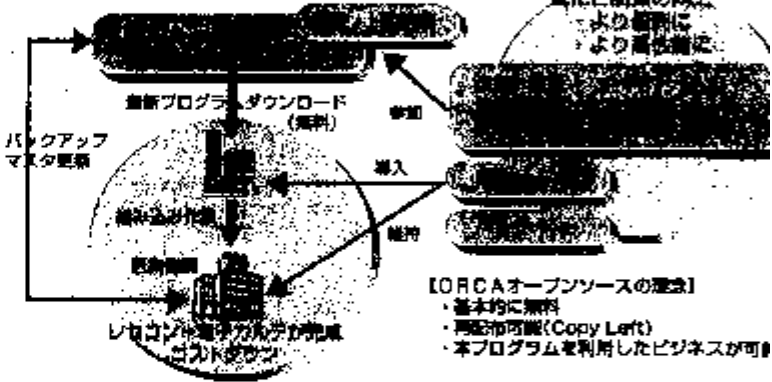
- ①全国の医師、医療関係機関がだれでも無料で使えるフリーウェア。
- ②しかもオープンソースなので、プログラムを改良して自由に開発できる。
- ③OSにはLinuxを使い、将来も①、②が著作権的・技術的に阻まれる。
- ④ネットワークを用い、保険点数修正や、プログラムバージョンアップも自動化する。
- ⑤メーカーや企業がこれを用いてビジネスを構築して医療情報連携が活性化される。
- ⑥その結果医療情報連携の効率化と標準化が進み、国民医療が改善する

※レセコンには同一医師診療を前提、本事業は来年4月を予定、電子カルテは本年夏〜冬間を公開予定。

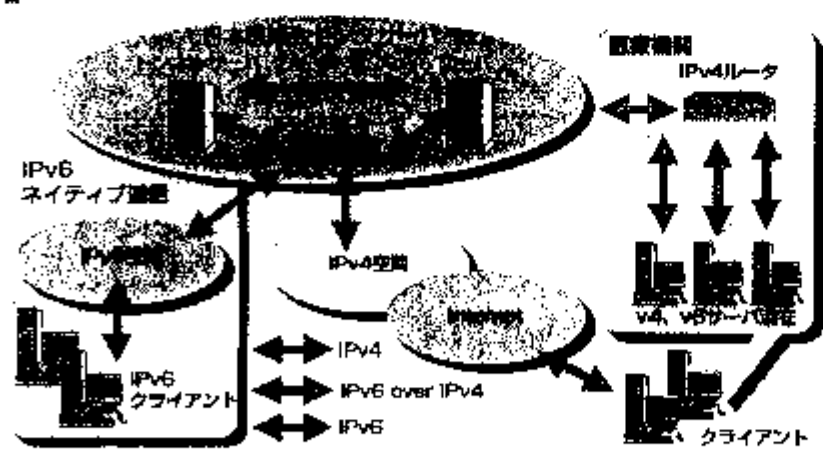
コストダウンの仕組み



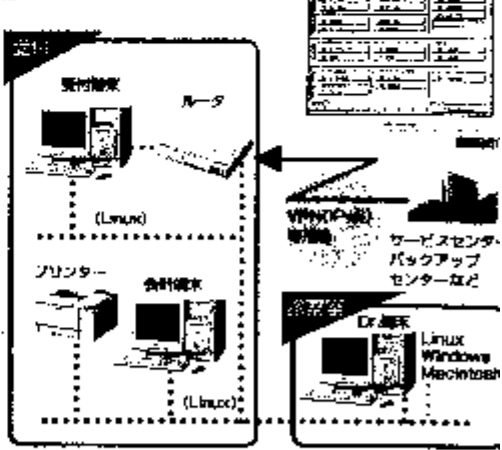
オープンソース(公開ソフトウェア)



実装適用環境



システム構成の例



選択できる将来像 継続拡張



・医療機関の実情にもかかわらず医療の質を向上させる医療情報システムが要求されている。

・低コストを武器に普及し、しかも自律的に進化し、結果的に医療現場に低価格高品質医療情報システムを構築するスキームデザイン。

・ハードウェアには民生汎用品を用い、OSにLinuxを採用。

・開発する基幹プログラムはオープンソースをポリシーとして、医療現場への低価格導入を実現。

・患者情報のセキュリティ確保のためネットワークはIPv6を採用。

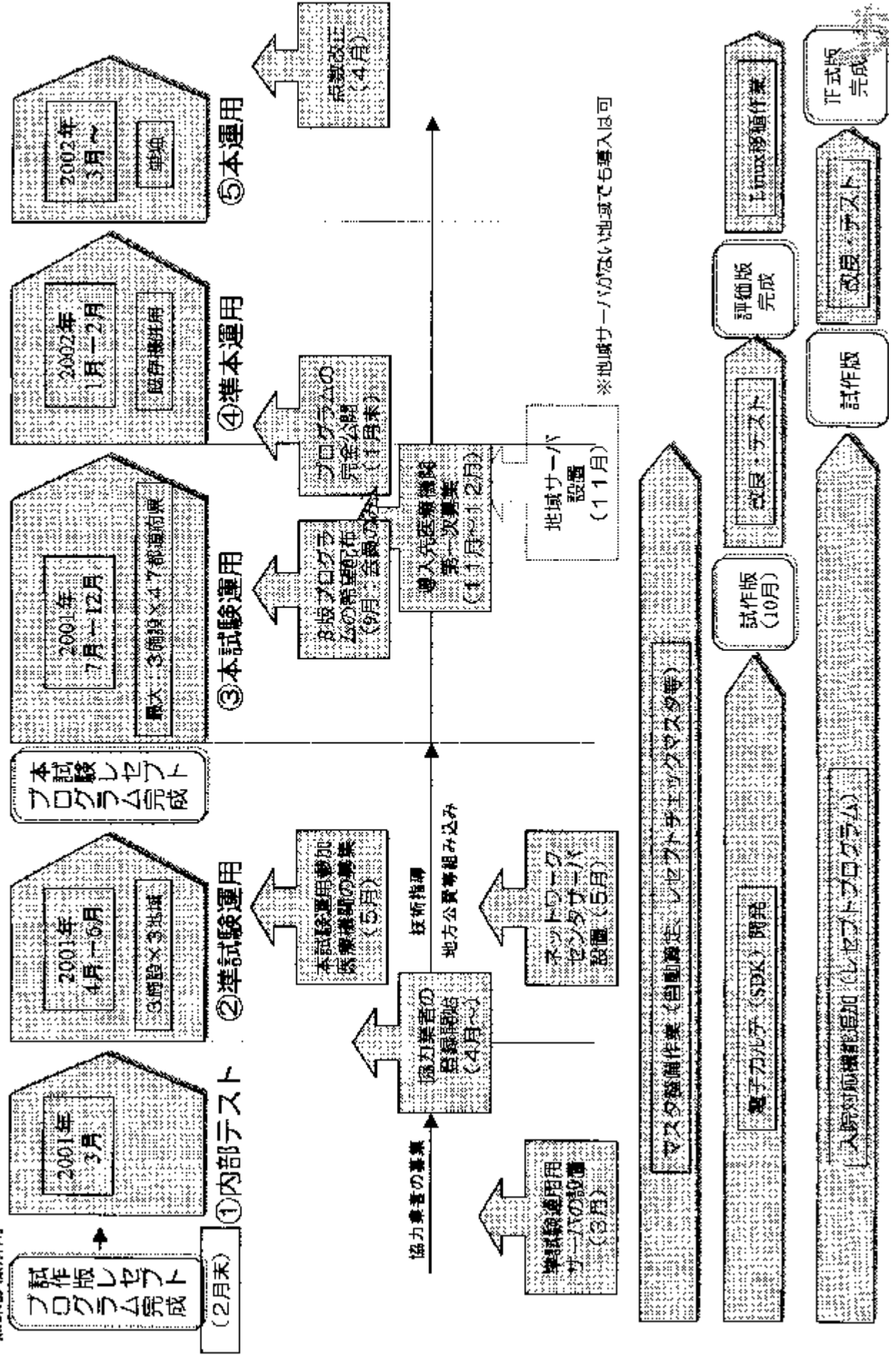
・医療情報連携の標準化のために共通データベースをも構築公開。

・我が国の医療水準がフランスと共に世界最高であったことは、WHOのWorld Health Report 2000などで立証されている。本プロジェクトでは、IT時代の高品質医療を支えるインフラを世界最高のものである。

・ネットワークを有効にした高品質サービスの結果を、医療の質の向上に活かされる。

ORCA開発スケジュール (2001.07)

—無床診療所用—



医療機関のIT投資

- 医療機関の情報化のためには10年で約18兆円(毎年1.8兆円)規模のIT投資が必要。
- 1.8兆円は医療費の6%に相当し、医療機関のみで負担するのは不可能。

資とメンテナンスコスト及び10年間の費用負担

	初年度			10年間		
	システム 導入費用 (投資)	導入時 その他費用 (投資)	導入後 サポートメン テナンス (メンテナンス)	システム 導入費用 (投資)	導入時 その他費用 (投資)	導入後 サポートメン テナンス (メンテナンス)
無床診療所	54,758,750	8,208,105	5,475,975	8,781,560	321,987	75,525,377
有床診療所	55,481,000	5,546,100	5,546,100	2,218,440	210,937	68,002,577
20～49床	14,053,851	888,975	1,405,365	168,360	40,080	16,650,851
50～99床	46,678,950	3,284,815	4,667,895	282,200	133,121	55,056,881
100～149床	47,512,656	3,343,483	4,751,268	175,680	135,489	55,918,584
150～199床	52,872,380	3,727,688	5,297,238	136,800	151,089	62,285,173
200～299床	80,711,984	5,679,731	8,071,196	149,280	230,179	94,842,350
300～399床	72,135,072	5,109,568	7,213,507	99,400	192,861	84,740,408
400～499床	45,149,242	3,198,071	4,514,924	42,980	120,712	53,025,009
500～599床	32,202,544	2,284,175	3,220,264	23,640	81,033	37,821,757
600～699床	25,850,880	1,841,884	2,585,088	15,840	65,050	30,358,522
700～799床	14,041,171	1,048,980	1,464,117	7,320	34,795	17,195,783
800～899床	8,189,547	658,017	816,955	4,080	21,839	10,792,438
900以上	28,459,492	1,894,830	2,645,949	8,780	82,882	31,071,714
	467,557,850	33,069,195	46,755,785	1,114,320	1,289,120	549,766,270
	577,778,600	44,821,400	57,777,860	12,094,320	1,802,044	694,274,224
					(約6兆9千400億円)	

年間の費用負担は、10年間で負担しなければならぬ費用を、回数で表したものである。



(費用単位:万円)

10年間

	システム 導入費用 (投資)	導入時 その他費用 (投資)	導入後 サポートメン テナンス (メンテナンス)	セキュリティコスト (投資)	合計
	109,519,500	8,208,105	54,759,750	8,781,560	182,468,785
	110,822,060	5,546,100	55,461,000	2,218,440	176,256,910
	28,107,702	888,975	14,053,851	168,360	43,719,688
	93,357,900	3,284,815	46,678,950	282,200	144,945,075
	95,025,312	3,343,483	47,512,656	175,680	147,412,121
	105,944,780	3,727,688	52,972,380	136,800	164,292,316
	161,423,928	5,679,731	80,711,984	149,280	250,266,693
	144,270,144	5,109,568	72,135,072	99,400	223,532,794
	90,298,483	3,198,071	45,149,242	42,980	139,895,978
	64,405,289	2,284,175	32,202,644	23,640	99,736,079
	51,701,760	1,841,664	25,850,880	15,840	80,060,944
	29,282,342	1,048,380	14,641,171	7,320	45,327,164
	18,379,094	658,017	9,189,547	4,080	28,449,129
	52,918,985	1,894,830	28,459,492	8,780	81,910,688
	835,115,700	33,069,195	467,557,850	1,114,320	1,449,548,265
	1,155,557,200	44,821,400	577,778,600	12,094,320	1,802,440
					16,020,440
					1,608,271,960
					(約1兆800億円)

日本医師会の「診療情報提供」に関する主な活動状況

1998年7月	診療情報提供に関するガイドライン検討委員会設置
1998年7月	医事法関係検討委員会「患者に対する適切な診療情報の提供を促進するための診療録のあり方について」検討開始
1999年2月	ガイドライン検討委員会 「診療情報の適切な提供を実践するための指針について」を最終報告
1999年4月	「診療情報の提供に関する指針」を代議員会で採択
1999年5月	ガイドライン検討委員会を再発足。指針実施の詳細を検討
1999年7月	「指針」を日医雑誌付録として、全会員に配付
1999年8月	都道府県医師会診療情報担当理事連絡協議会(第1回)を開催
1999年9月	「指針」実施開始日を決定、会員へ周知
1999年10月	診療情報推進合同会議を開催(日医・病院4団体・私大協)
1999年11月	ガイドライン検討委員会「診療情報の提供に関する指針の実施に向けて」答申。都道府県、都市区医師会に配付
1999年12月	ビデオ「患者さんへの診療情報の提供」を制作 都道府県、都市区医師会へ配付
1999年12月	都道府県医師会診療情報担当理事連絡協議会(第2回)を開催
1999年12月	診療情報提供推進委員会設置
2000年1月	「診療情報の提供に関する指針」実施 全国の医師会に苦情受付窓口設置
2000年1月	医事法関係検討委員会 「診療録のあり方について —適切な診療情報の提供を推進するために—」を答申 都道府県医師会に配付。
2000年6月	都道府県医師会診療情報担当理事連絡協議会開催
2000年6月	診療情報提供の環境整備のための講習会開催(カルテの書き方理論編)
2000年9月	苦情・相談受付窓口業務のための講習会開催
2001年8月	診療情報提供の環境整備のための講習会開催(カルテの書き方実践編)

「診療情報の提供に関する相談受付」の月例報告 集計結果
－中間集計(平成12年1月～平成13年7月分)－

平成13年9月16日現在

相談受付総件数：5160件

1 都道府県医師会での相談受付件数

合計：2473件(47.9%)

2 郡市区医師会での相談受付件数

合計：2687件(52.1%)

3 相談受付総件数の内訳

(1) 診療情報の提供に関して：518件(10.0%)

(2) 診療内容に関して：3362件(65.2%)

(3) 上記両方に関係：24件(0.5%)

(4) その他：1256件(24.3%)

合計：5160件(100.0%)

※受付内容の詳細については現在整理中。

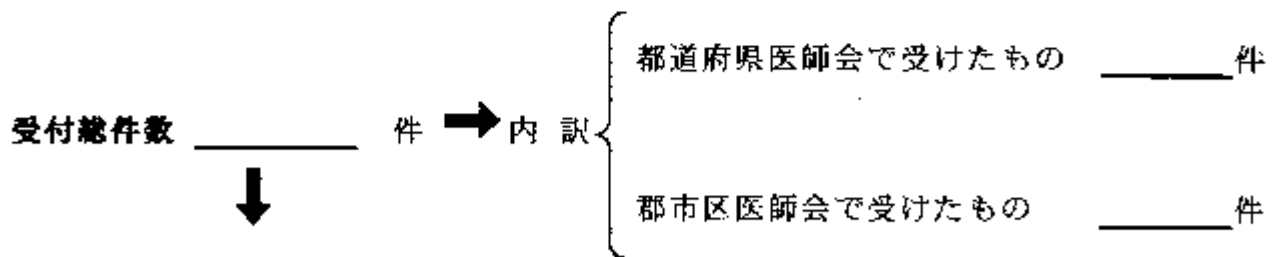
日本医師会 事務局 医事法制課 宛 FAX 03-3946-6295
--

診療情報の提供に関する月例報告 _____年__月分

都道府県 _____ 医師会名 _____ 医師会

記入責任者
 職名 _____
 氏名 _____ (印)

当医師会管内のすべての「診療に関する相談窓口」(またはこれに準じるもの)における、相談受付件数は下記のとおりです。



上記総件数のうち、

診療情報提供に関するもの	_____ 件	} 重複可
診療内容に関するもの	_____ 件	

以上

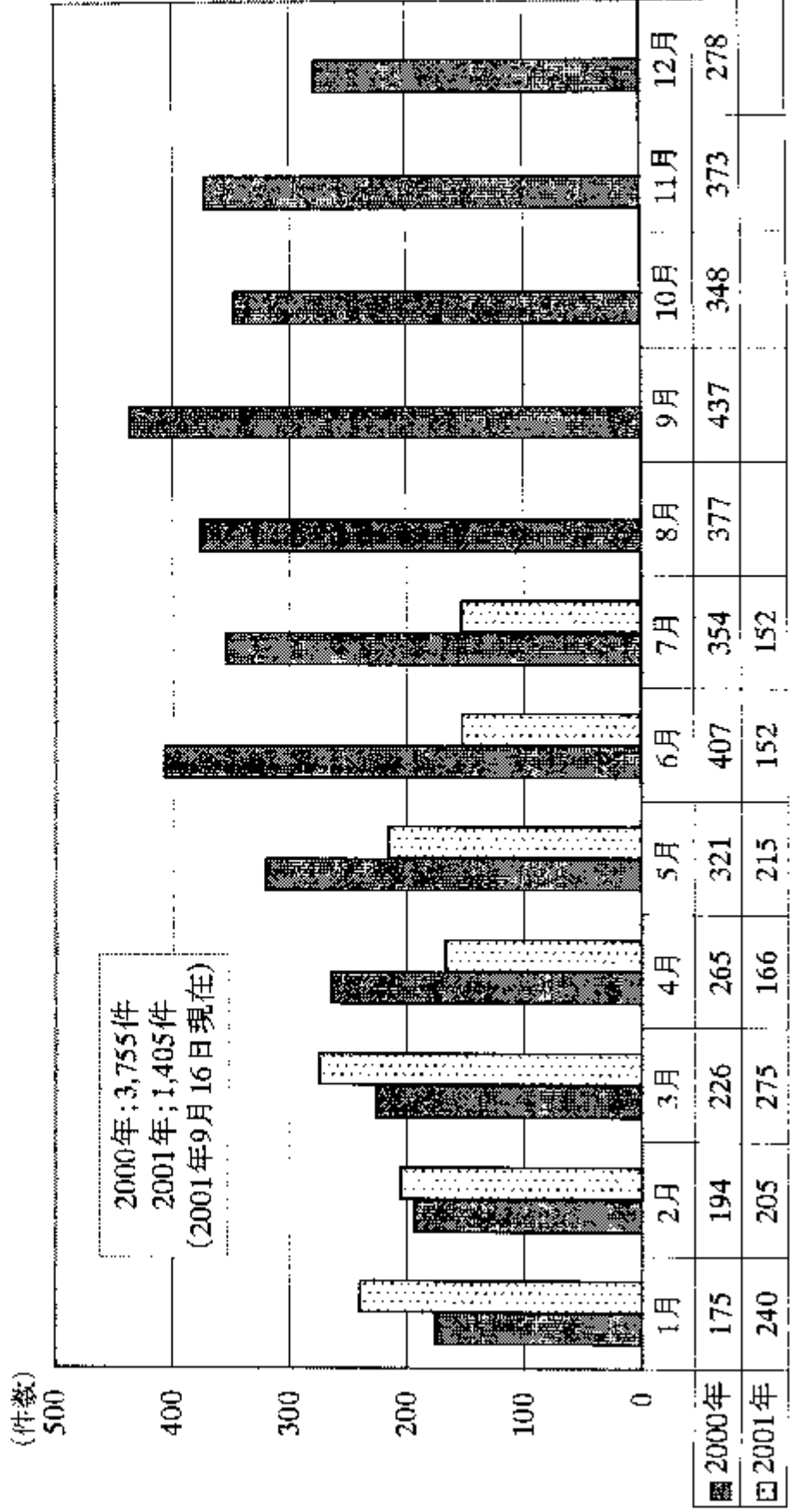
都道府県医師会、都市区医師会における設置状況（2001年9月16日現在）

「診療に関する相談窓口」；475カ所

「診療情報提供推進委員会」；178カ所

（類似の名称のものを含む）

相談受付件数の月次推移



日本医師会の「医療の安全確保」に関する主な活動状況

年	月	活動内容
1997年	7月 8月 9月 10月 11月 12月	日本医師会医療安全対策委員会の設置
1998年	1月 2月 3月 4月 5月 6月 7月 8月 9月 10月 11月 12月	同委員会にて「医療におけるリスクマネジメントについて」を答申
1999年	1月 2月 3月 4月 5月 6月 7月 8月 9月 10月 11月 12月	<p>「医療事故の発生防止について」の声明発表</p> <p>俣井会長は、横浜市立大学医学部附属病院で起きた患者取り違い事故を受けて、医師並びに医療関係者に深く反省を求め、安全対策の徹底を強く要請した。</p>
2000年	1月 2月 3月 4月 5月 6月 7月 8月 9月 10月 11月 12月	<p>「医療事故防止緊急合同会議」開催、共同声明発表 日本医師会医療安全対策委員会「医療安全に関する研究と人材育成の必要性」を緊急提言</p> <p>日本医師会内に「患者の安全確保対策室」設置 第1回「患者の安全に関するセミナー」開催 ※ナンシー・ディッキー前アメリカ医師会長等を迎えて</p> <p>第2回「患者の安全に関するセミナー」開催 ※ジョアンヌ・ターンブル全米患者安全基金理事長等を迎えて</p>
2001年	1月 2月 3月 4月 5月 6月 7月 8月 9月	<p>「日本医師会 医療安全推進者養成講座」の開催</p> <p>医療安全器材開発委員会の設置</p> <p>「都道府県医師会 患者の安全確保担当理事連絡協議会」の開催 「日本医師会 医療安全推進者養成講座」第1回講習会開催 ※受講者612名のうち547名が出席（出席率89.4%）</p> <p>「日本医師会 医療安全推進者養成講座」第2回講習会開催 ※受講者612名のうち531名が出席（出席率86.8%）</p>

「患者の安全確保対策室」

- (1) 患者の安全に関する内外の情報収集と提供
- (2) 他業の模倣や医療機関からの各種相談業務
- (3) 患者の安全に関する国政からの政策検討
- (4) 患者の安全に関する調査、研究の推進
- (5) その他患者の安全に関する事項

定員500名を大幅に超える申込者があり、
実際の受講者は612名となった。
受講者の職種別内訳は以下のとおり。

医師：216名
看護師：80名
病院・診療所事務員：163名
医師会苦情・相談受付窓口業務担当者：39名
その他：114名

「医療安全推進者養成講座」

基礎講座	
第1教科	基礎学概論
第2教科	会計学概論
第3教科	公衆医療概論
第4教科	診療情報管理概論
専門講座	
第5教科	リスクマネジメント概論
第6教科	医療施設管理概論
第7教科	紛争・訴訟予防論
第8教科	医師賠償責任保険論
第9教科	国政医療分科会及びアム

(財) 日本医療機能評価機構の活動状況

	内 容
1995年7月	(財) 日本医療機能評価機構設立
1997年7月	認定証第1号発行
1998年3月	1997年度認定数： 58病院
1999年3月	1998年度認定数： 128病院
2000年3月	1999年度認定数： 131病院
2001年3月	2000年度認定数： 138病院
2001年8月	2001年度認定数： 57病院 (2001年8月現在)
2001年8月現在	累計認定数： 511病院
参考：2001年3月施行の第4次医療法改正の広告規制の緩和により、(財)日本医療機能評価機構が行う審査を受けた旨を広告可能事項として追加	

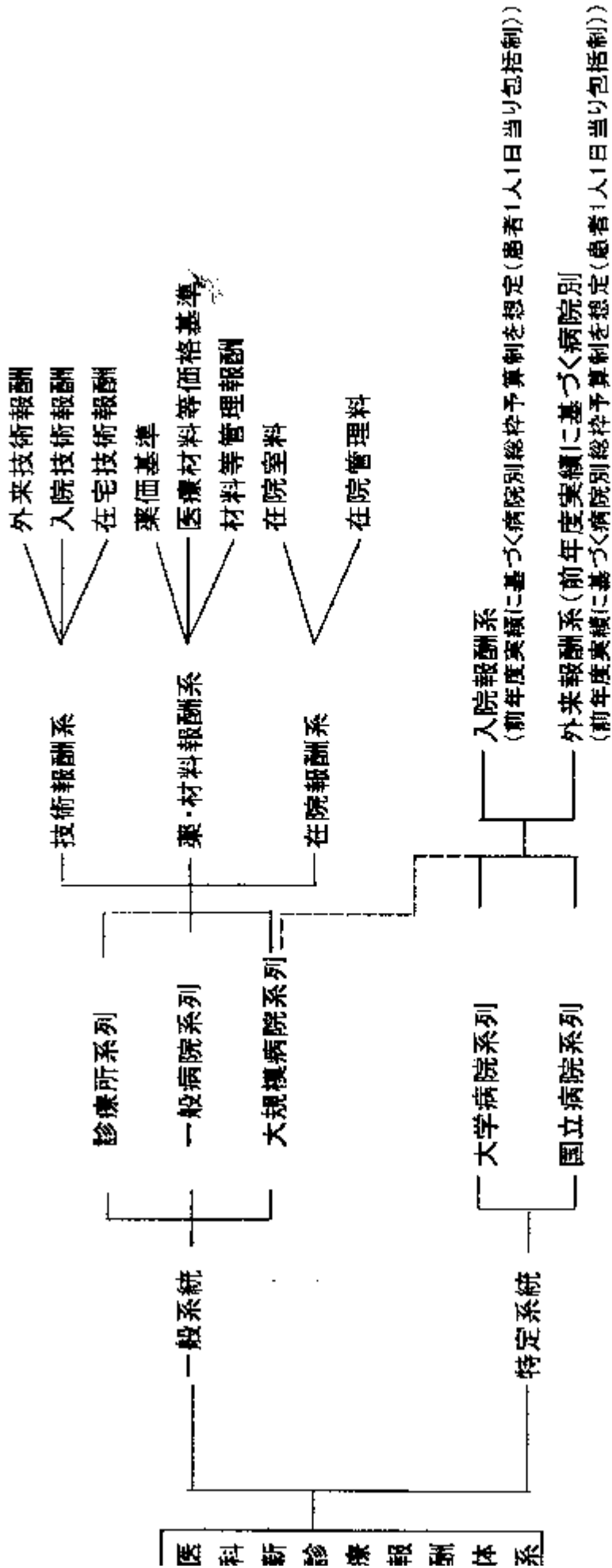
医療の情報公開（広告規制の緩和）

- 医療は、国民の生命、健康に直接関わる根元的な業務であり、不適切な広告による人的な被害の深刻さは、他のサービス分野の比ではない。広告規制のいたずらな緩和は、誤った患者の誘引を惹起し、医療費の増大を招くおそれ大である。

項 目：2. 診療報酬体系の見直し

- ① 定額払い制度の拡大
- ② 公民ミックスによる医療サービスの提供など公的療養保険の対象範囲の見直し
- ③ 診療報酬、薬価、医療材料価格の決定方法などの見直し(「205円ルール」の見直しなど)
- ④ 医療機関の経営情報の開示

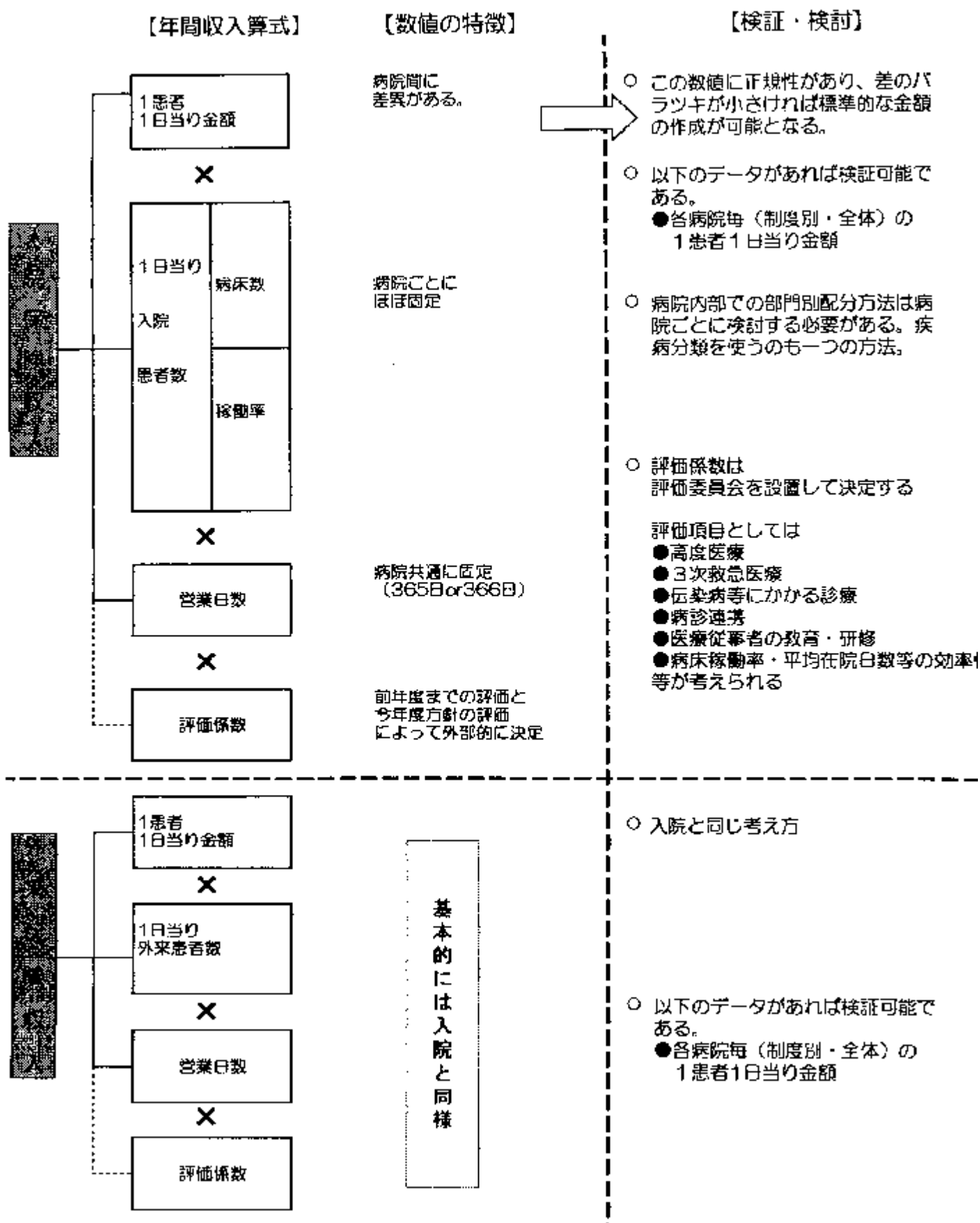
医科診療報酬体系概念図



* 機能評価指数達成度による調整あり

診療報酬改定

特定系統病院の予算制化の検討の道筋をつける



特定系統診療報酬（大学病院・国立病院）

① 特定系統病院の予算制化の道筋をつけるため、早急に対象病院に対する調査を実施する。

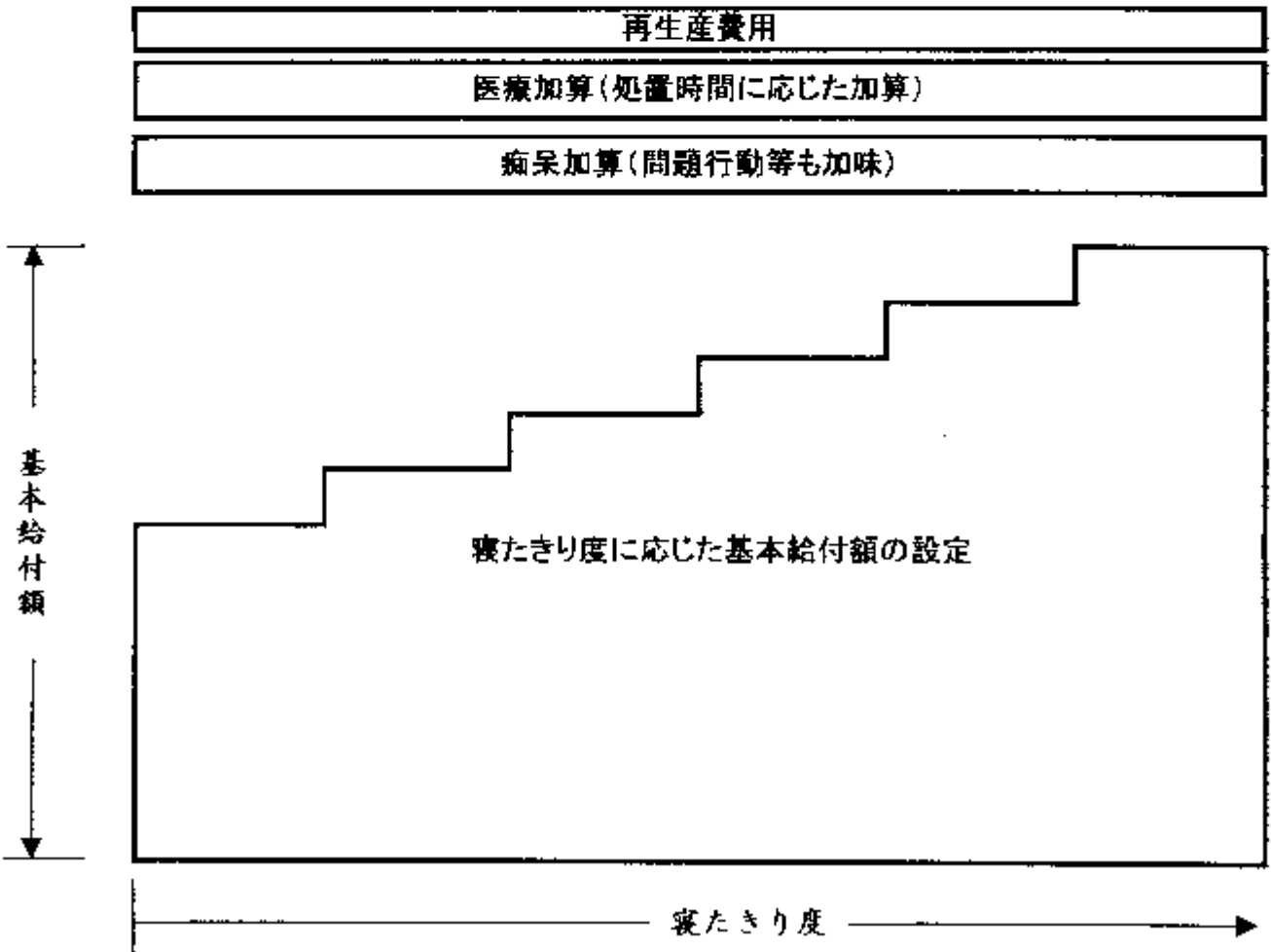
② 入院・外来ともに、対象病院間に1患者1日当り金額のバラツキがなければ

長期療養者に対する診療報酬体系の基本骨格（案）

高齢者医療制度における診療報酬の考え方（長期療養者）
～画一的包括支払ではなく、患者特性に応じた支払方式へ～

1. 寝たきり度によって、基本分類を決定（下図参照）
2. 上記分類に、
 - 痴呆があれば程度に応じて 「痴呆加算」
 - 医療依存度に応じて 「医療加算」
3. 課題
 - (1) 痴呆加算、医療加算の有無と程度の決定
 - (2) 寝たきり度の分岐点、給付額の決定

※急性期は、出来高払い中心



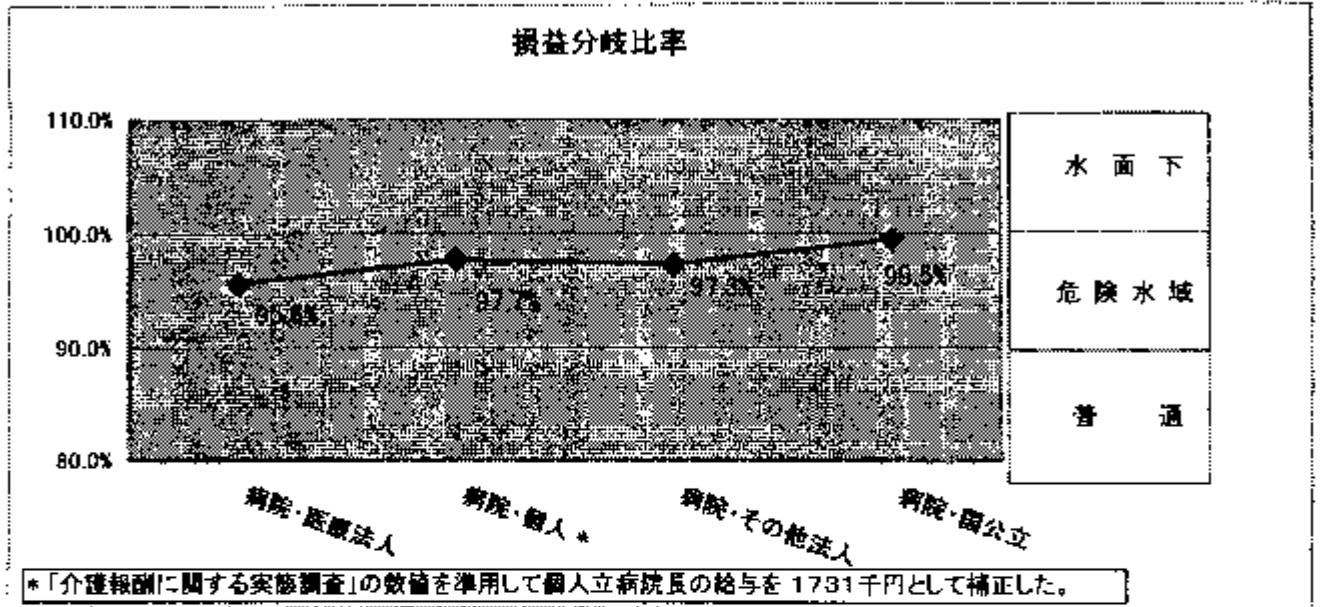
○入院期間に応じた運減制廃止

○リハビリテーション、画像診断等は出来高払い

中医協医療経済実態調査に関する分析結果

日本医師会
平成11年12月13日

- 営業日数補正前の数値を用いて、経営主体別の損益分岐分析をしてみると、いずれも95%を超えており、経営実態は極めて危険な状況にある。営業日数補正後の数値を用いた場合には、さらに結果は悪くなることは確実である。このことは厚生省老人保健福祉局における「介護報酬に関する実態調査」の分析結果とも一致している。売上の増加が図られる政策がとられないと多くの医療機関が倒産の危機に瀕することになる。診療所については、分析可能なデータが発表されず、算出できないが、ほぼ同様の結果と思われる。



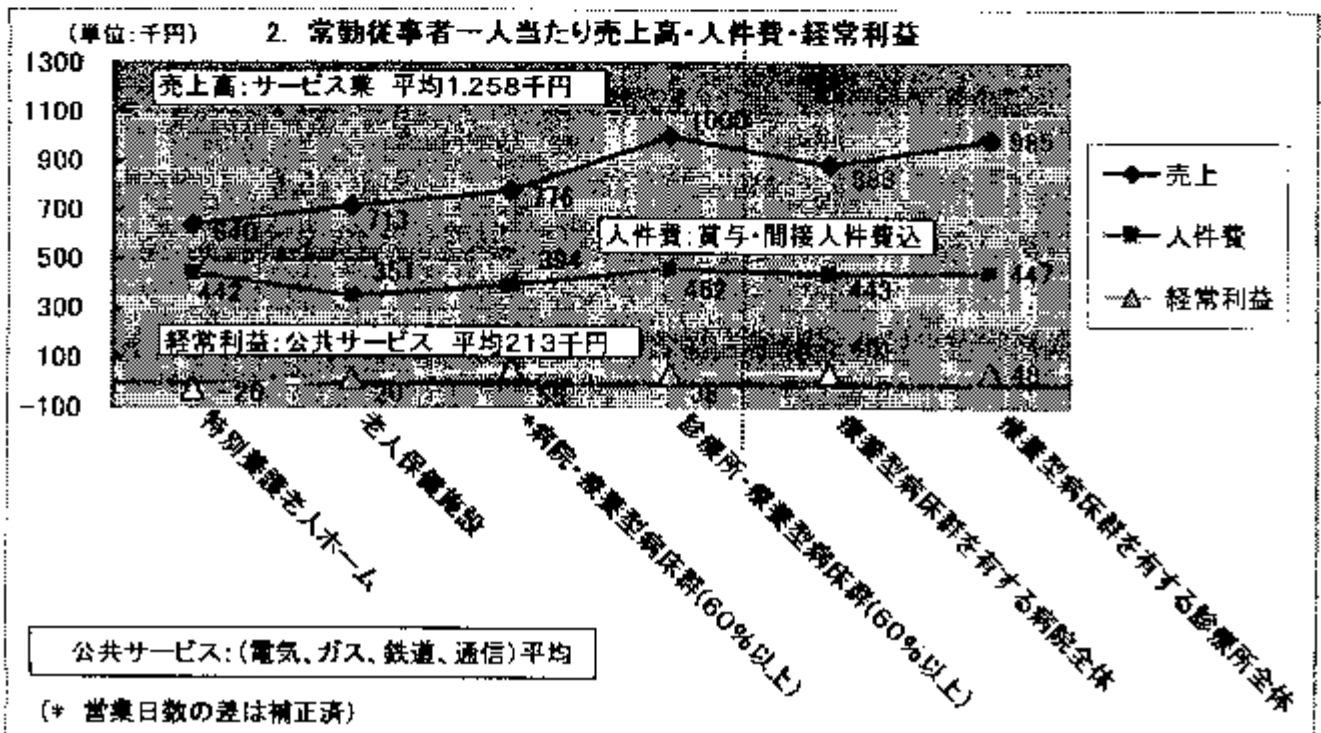
〔中医協 医療経済実態調査 平成11年6月〕

介護報酬に関する実態調査の分析結果

2. 生産性分析

常勤従事者一人当たり売上は、どの業態もサービス業平均に遠く及ばず、経常利益は、公共サービス業平均にはるか及ばない。

一人当たり人件費は、年間420万円から570万円の範囲にあり、ほぼ全産業平均並である。



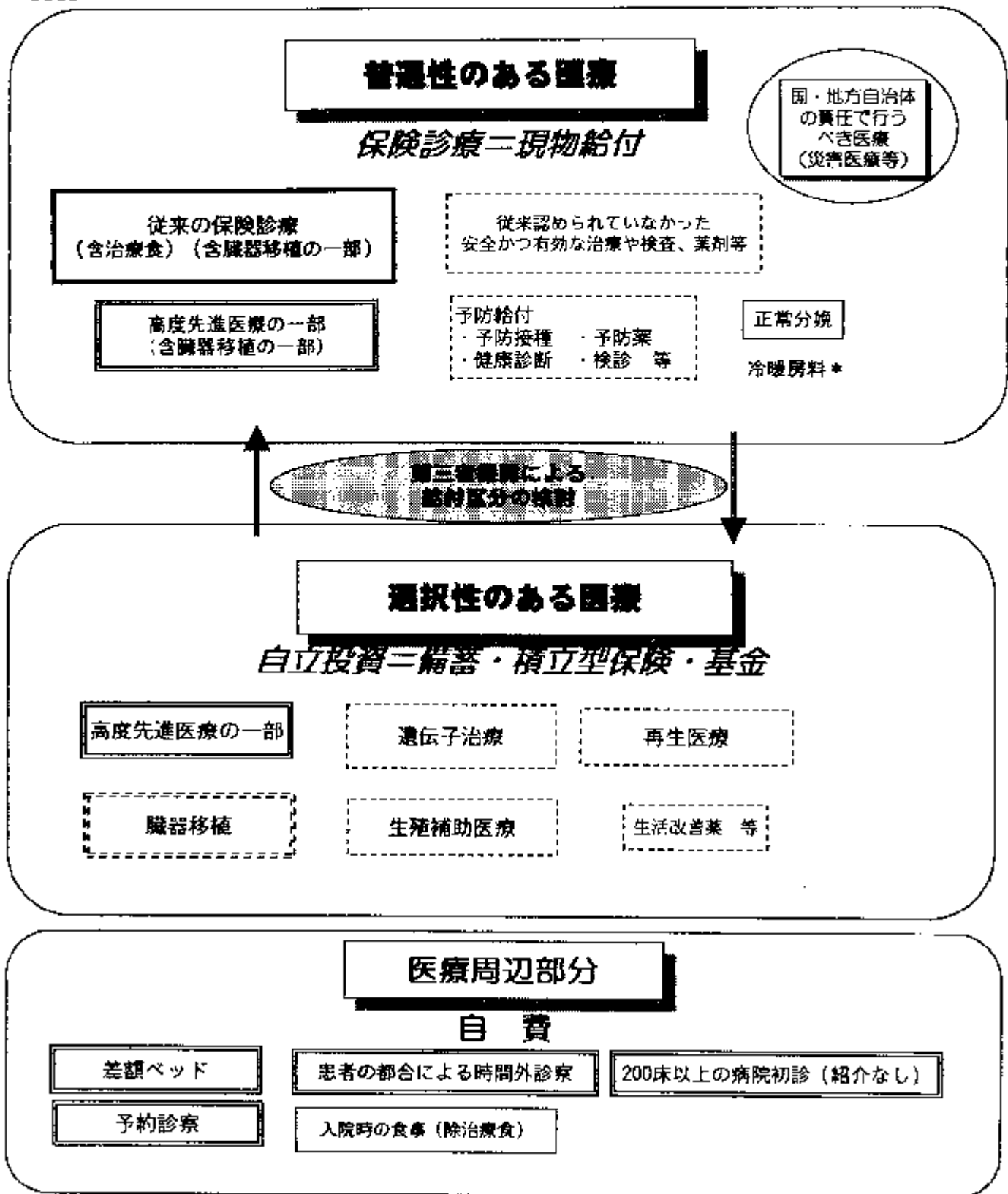
〔介護報酬に関する実態調査 平成11年2月〕

将来の医療給付の区分け案～自立投資の提案～

<ポイント>

- ・特定療養費制度の廃止
- ・自立投資の導入
- ・第三者機関による自立投資対象と保険適用医療の検討と区分け
(定期的見直し)

- ◻ は従来から現物給付されていたもの
- ◻ は特定療養費以外で現金給付されていたもの
- ◻ は特定療養費の対象が、あるいは自費だったもの
- ◻ は特定療養費に区分されていたもの
- ◻ は自費だったもの
- *印 は療養担当手当てによったもの



205円ルール

資料13

20点以下（205円ルール適用薬剤）の薬剤使用による診療報酬明細書に薬剤名を記載しないものと、薬剤を記載したものととの薬剤の使用状況の差はない。

薬剤名を記載して請求したレセプトの薬剤（▲）と薬剤名を記載しない薬剤（■）の1点ごとの分布を表した資料であり、記載する、しないに係らず使用状況の傾向は同じである。記載しないことにより、高点数にシフトしていない。

資料14

資料13の20点以下の薬剤使用状況の分布を1点ごとに累計したもので、薬剤名記載と無記載とも傾向は同じであり、記載、無記載に係らず、投薬パターンに変化はない。

上記から、無記載により、低点数を高点数で請求するという根拠は全く存在しない。

『参考』

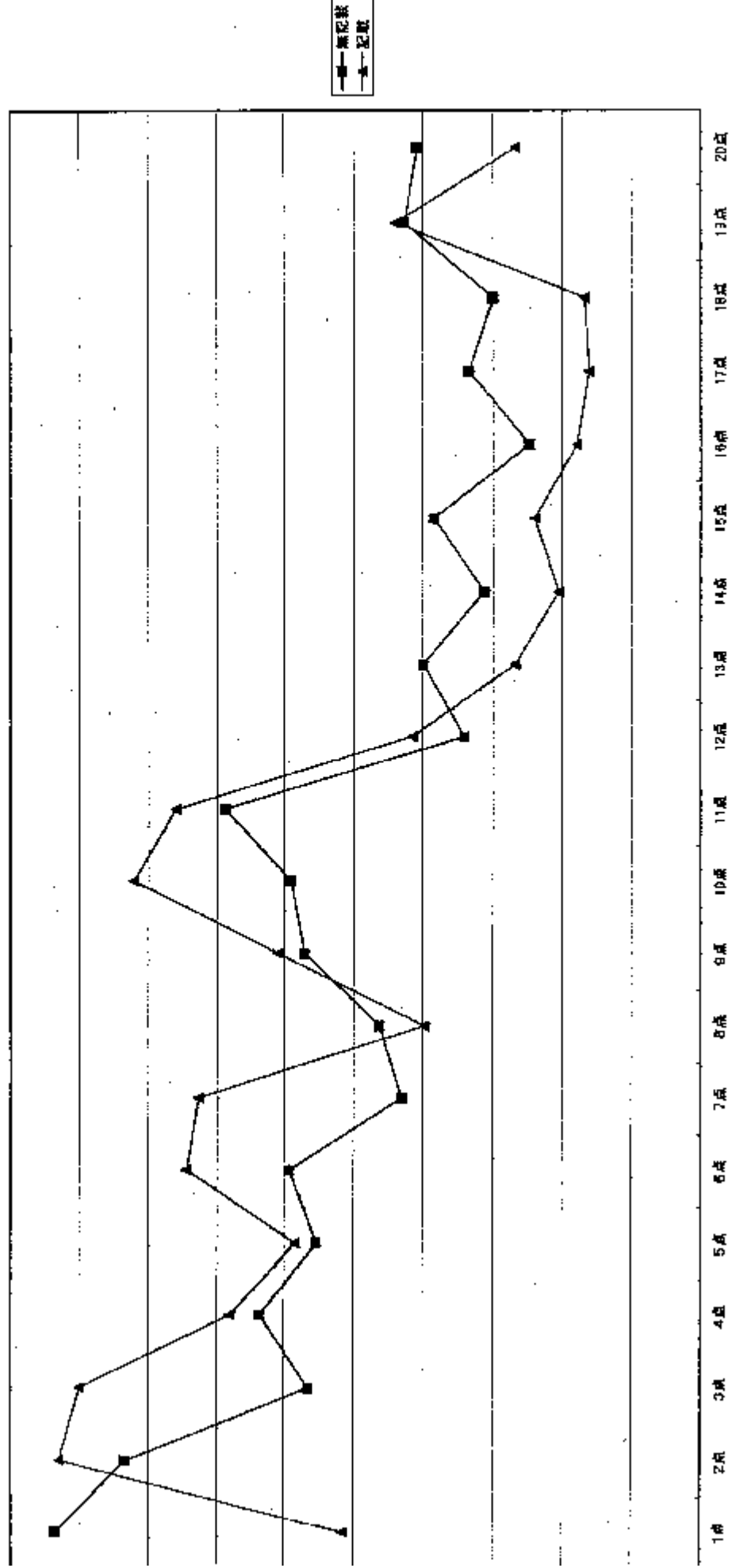
205円ルールは、保険請求事務の簡素化から出発した。

カルテには全ての使用薬剤名、量を記載しているが、月初めの請求において（審査支払機関に10日までに提出）、診療報酬明細書（レセプト）の摘要欄に記載する際に、205円以下の薬剤の名称を省略できるとしたもので、事務量の軽減を図ることで、医療機関の人件費高騰を抑えた。

金額の変遷

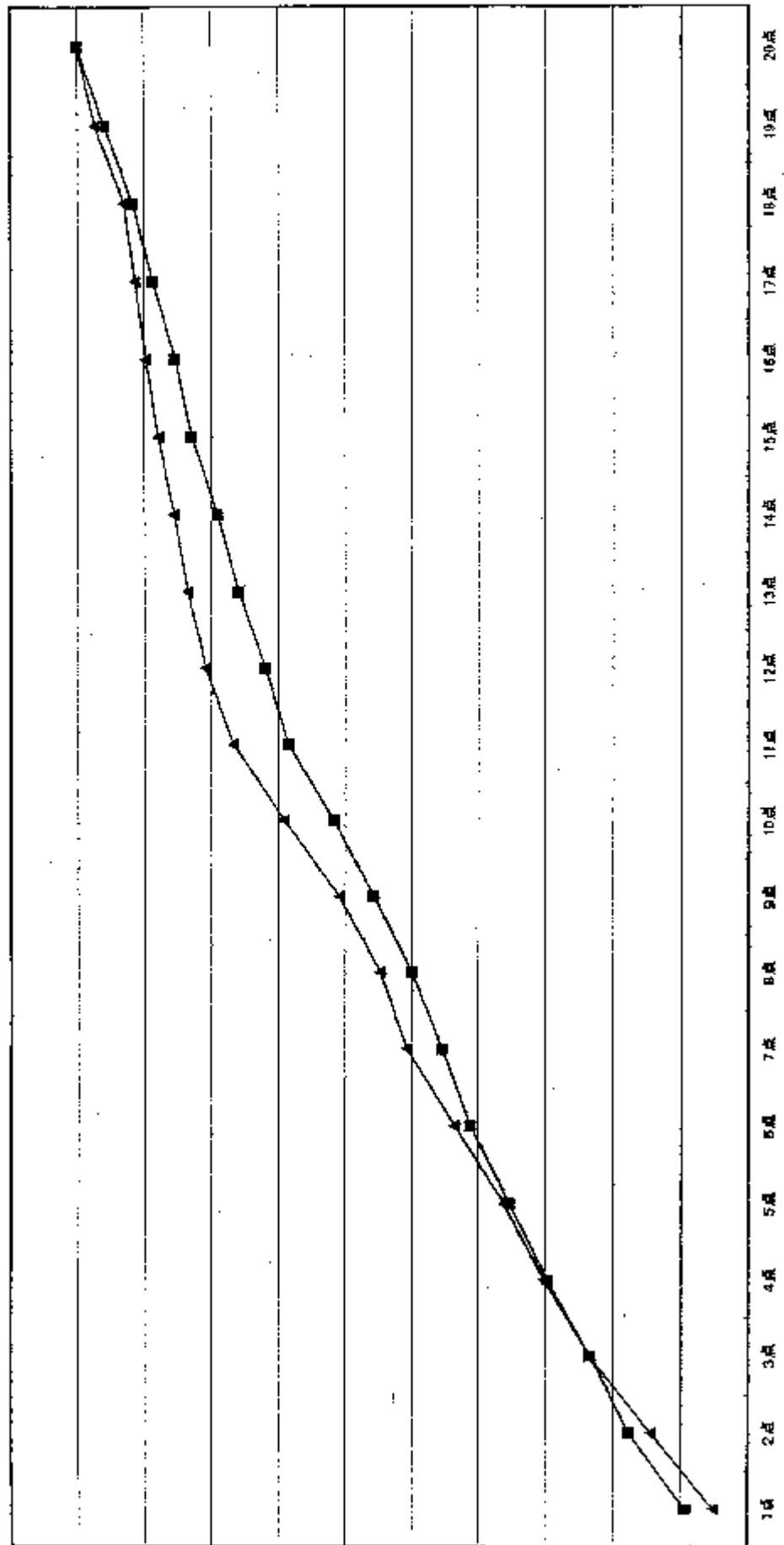
S47年35円、S49年65円、S51年105円、S60年155円、
H元年165円、H2年175円、H6年205円

点数別使用回数割合(入院外:投薬・注射:無記載一記載)



医療院発行の別調査報告(平成11年6月調査分)より特別集計
 注、請求点数に対応する薬剤の使用回数割合である。
 注、20点以下の薬剤の使用回数を100%として計算している。

点数別使用回数累積割合(入院外・投薬・注射・無記載一記載)



医療行為別調査報告(平成11年6月調査分)より特別集計
 よ、請求点数に対応する薬剤の使用回数の累積割合である。
 よ、20点以下の薬剤の使用回数を100%として計算している。

保険請求が認められていない主な医療用具・衛生材料等の市場規模推計

(単位：千円)

医療用具の種類	生産高 (輸入品を含む)	市場規模	消費税課税後
ディスプレイ用注射針及び筒	32,072,015	39,255,832	41,218,624
ディスプレイ用穿刺針及び穿刺器具	11,568,422	14,159,635	14,867,617
ディスプレイ用手術用手袋	8,569,501	10,468,985	11,013,435
ディスプレイ用手術着	5,122,590	6,270,000	6,583,500
ガーゼ・脱脂綿	14,146,988	17,315,775	18,181,564
縫合糸 (特殊縫合糸を含む)	18,536,426	22,688,404	23,822,824
外皮用殺菌消毒剤	46,223,595	56,577,228	59,406,089
(小計) 医療材料・衛生材料・薬剤分	136,239,537	166,755,859	175,093,652
医療廃棄物処理費用	44,060,732	44,060,732	44,060,732
合計	180,300,269	210,816,591	219,154,384

主なものだけでも約 2,200億円/年

注1：生産高は、薬事工業生産動態統計年報(平成11年)から引用した。

注2：市場規模は、「BAST-TKC経営指標」(平成12年1月～12月期決算)の医療用品卸売業における売上総利益率 18.3%をもとに、卸の売上高を求めて推計した。

注3：ディスプレイ用手術着については、平成12年度の市場規模(矢野経済研究所推計)を基に全体額を推計した。

注4：外皮用殺菌消毒剤は、医療用分の生産額(薬事工業生産動態統計年報(平成11年))から、同剤の年間保険請求金額(社会医療調査(平成10年)より推計)を差し引いたものを生産高とした。

注5：医療廃棄物処理費用については、第24回医療経済実態調査(日本医師会：平成10会計年度)から、病院は1床当り、診療所は1施設当りの処理費用を算出し、それぞれ医療施設調査(平成11：厚生労働省)の病床数、施設数を乗じて推計した。病院長：246億6,300万円, 診療所：193億9,800万円

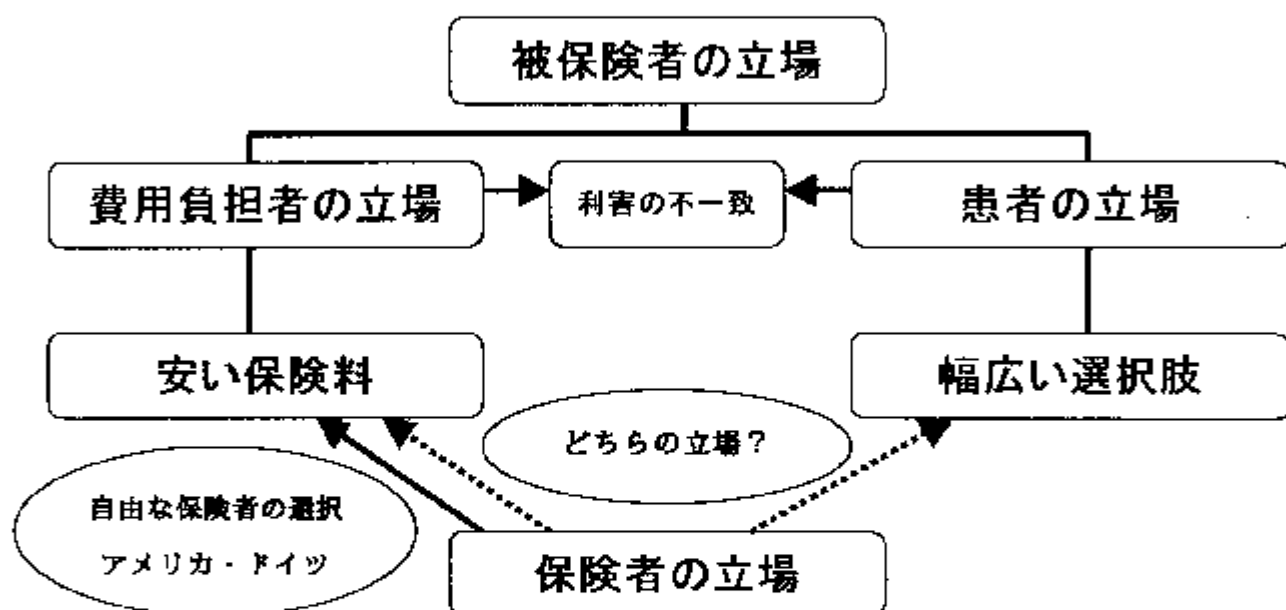
項 目： 3. 保険者機能の評価

- ① レセプトの審査・支払事務を社会保険診療報酬支払基金や国保連合を通さず保険者が直接行えるようにする。
- ② 保険者が当該事務を当該医療機関以外の民間へ委託をすることを可能とする。

「保険者機能」について

1. 保険者の立場

- ・ 健康被保険者の立場か、疾病を有する被保険者の立場か。



2. 会計機能の整備

(1) 財務諸表の整備

- ・ 「単式簿記」から「複式簿記」の採用へ。(損益計算書と貸借対照表を作るべき)
- ・ 決算発表の迅速化。(組合健保：決算から2年近く経って発表)

(2) 収入管理機能

- ・ 国保：得るべき保険料収入の7%が未収。(過去の方も含めると未収金は7,000億円に上る)
- ・ 国の市町村への支援にとどまらず、国レベルでの対策、国から国民への直接的な働きかけなどの必要性。

(3) マネジメントコスト管理機能

① マネジメントコスト抑制策の実施

- ・国保の総務費は年率4%（1997（平成9）年度～1998（平成10）年度）増加。
- ・組合健保の事務費も年4%（1996（平成8）年度～1997（平成9）年度）、政管健保でも5%（1996（平成8）年度～1997（平成9）年度）上昇
- ・財政状態が厳しいと叫ばれつつも、自らのマネジメントコストにはまったくメスが入られていない。自らの贅肉を削ぎ落とす努力が必要。

② 関連事業の適正化

- ・組合健保では、病院・診療所や直営保養所で毎年600億円もの赤字。（経常赤字を埋め合わせるに十分な大きさ）
- ・スリム化の必要性。

3. 財政調整機能の強化

- ・組合健保では、大小さまざまな組合が存在し、財政状態も大きくばらついているが、一方で3兆円を超える財産がある。財政状態が危機的であるとするならば、組合間の財政調整を推進すべき。
- ・国保も財政状態のばらつきが大きい。財政状態のばらつきの大きさは、国庫から市町村への補助が、ばらついていることを意味している。国庫からは必要最低限の補助しか受けずにギリギリのレベルで運営している市町村がある一方、多額の補助を受けて基金まで保有している市町村もある。国保全体の基金はここ数年増えつつけている。国保においても市町村間の財政調整を行い、国庫補助のアンバランスを解消すべき。

4. 保険者業務遂行機能の強化

(1) 一部負担金徴収業務の実施

- ・患者からの一部負担金の徴収は、現行制度上、健康保険法等の規定により保険医療機関が行うこととされている。しかし、本来は、医療を現物で保険給付する保険者が、これにかかった費用の一部を被保険者との間で精算するのは当然のことと考える。保険者は、請求の明細を審査したうえで当該費用を

支払うのであるから、一部負担金徴収に係る過不足の問題も発生しにくくなるという実務的な合理性も担保できる。

- ・わが国の医療保険制度の優れた特徴である現物給付制度の主旨を勘案すれば、一部負担金の徴収業務を保険者の機能として実施することが合理的。

5. 保険者機能強化に係る留意点

保険者機能の強化について論ずる際に、保険者が現に持つ機能、および今後持とうとしている機能の中で、とくに注意が必要と思われる事項。

(1) 守秘義務の明確化

審査業務の外部委託、あるいは医療情報の共有化に関連して、守秘義務、個人情報保護を目的として、カルテやレセプト等の診療情報の関与者に対し、関連法令の中で明確に罰則規程を設けるべき。

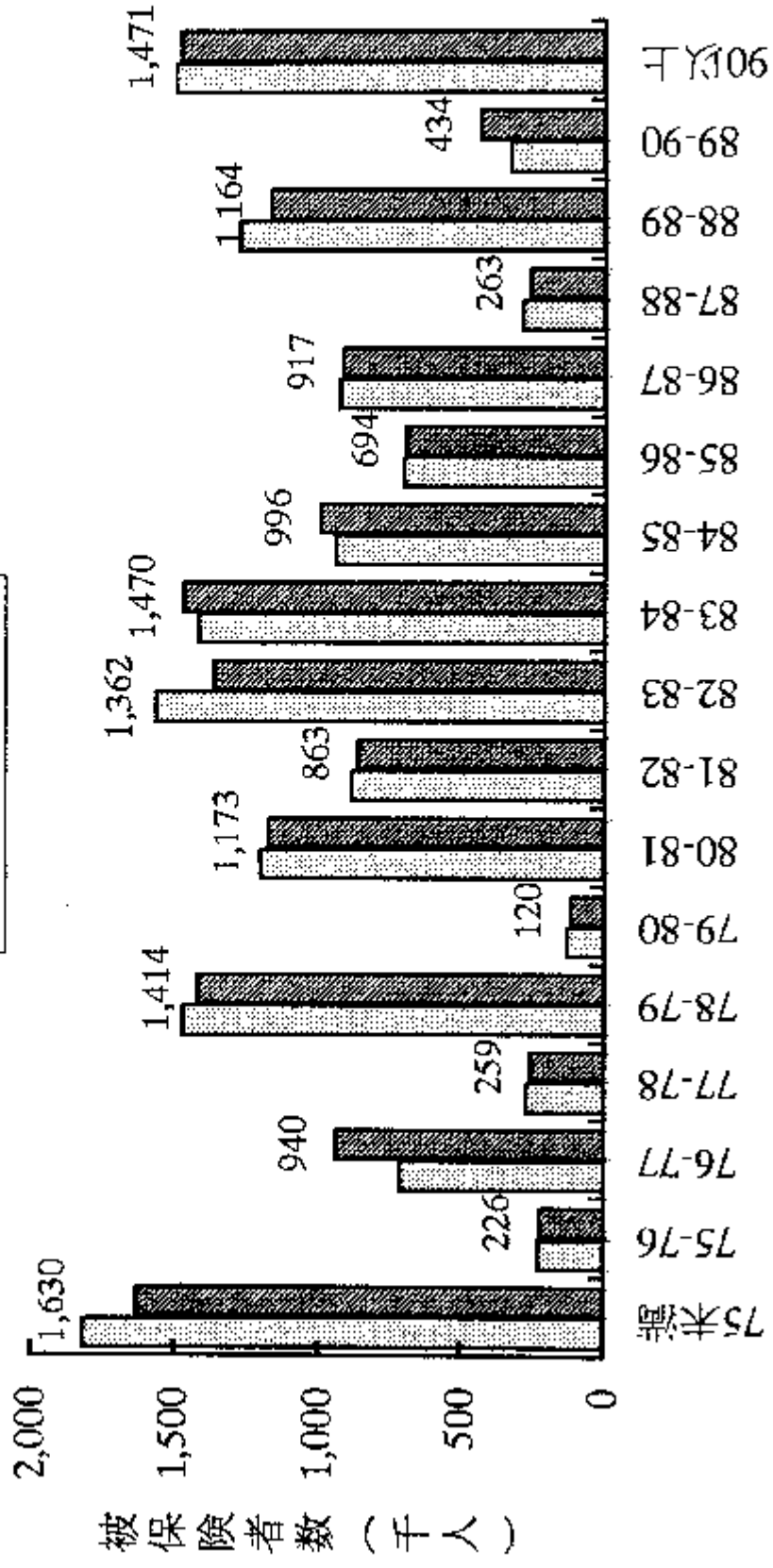
(2) 国民の権利の確保

保険者側は、各保険者による医療機関の選択および契約を主張している。

しかし、このことは、これまで被保険者に与えられていた医療機関選択の自由、すなわちフリーアクセスという貴重な権利を奪うことを意味することに留意しなければならない。国民の権利の縮小を伴うこのような主張は安易に行われるべきではない。また、選択権のあり方を論ずるのであれば、「被保険者による保険者の選択」あるいは「医療機関による保険者の選択」というそれぞれの立場からの権利をどのように担保するのかということが同時に検討されるべき。

組合健保：一般保険料率別被保険者数
計15,394千人 (2000.3)

□ 1999.11 ■ 2000.3



一般保険料率 (0/00)

直接契約について

1. 審査・支払いの直接契約

内 容

1. 医療機関はレセプトを支払基金に送達せず、健保組合に直接送る。
2. 健保組合は、一次審査を行い、医療費を医療機関に直接支払う。
3. 再審査請求等の対応も健保組合で行う。

問題点

1. 公平な審査体制が構築できるか疑問。(保険者、診療担当者、公益の3者構成)
2. 健保職員の守秘義務が担保できるか疑問。
3. 医療機関側の事務コストを誰が負担するか不明確。(システム改変費用、区分けに伴う事務コスト)
4. 支払期間の短縮化等の合理化施策が不明確。
5. 医療費統計からの脱漏をどう防止するか不明確。

2. 割引の直接契約

内 容

- 保険者が診療報酬につき医療機関と直接の割引契約を締結。
但し健保組合がこれを行う場合は、厚生労働大臣の認可が必要。

問題点

1. 大企業の健保ほど有利となり、ますます負担面での被保険者間の不公平が拡大する。この結果社会保障の公平な負担という原則が大きく揺らぐことになる。
2. 医療費の値引き競争が発生する結果医療機関の経営はデフレスパイラルとなり、医療機関経営はますます悪化する。
3. 値引き競争は、医療費の高い医療機関に有利に作用し、真面目な医療機関ほど不公平競争を余儀なくされる。
4. 健保組合による患者の誘導が発生する。
5. 企業城下町においては、健保組合による医療機関の系列化が起こる。
6. 地域医療の混乱は必至である。
7. 上記の結果、雇用、税収、経済波及面で地域経済に対し大きなマイナスの影響を与える。

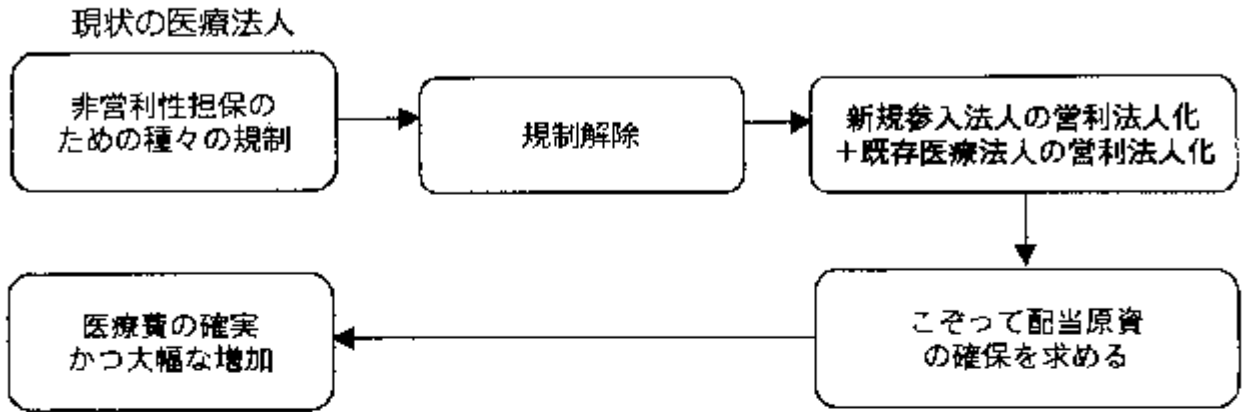
項 目：4. 医療分野における競争の導入と効率化

- ① 医療機関の経営形態の多様化、理事長要件の見直し
- ② 医療資機材の内外格差の是正

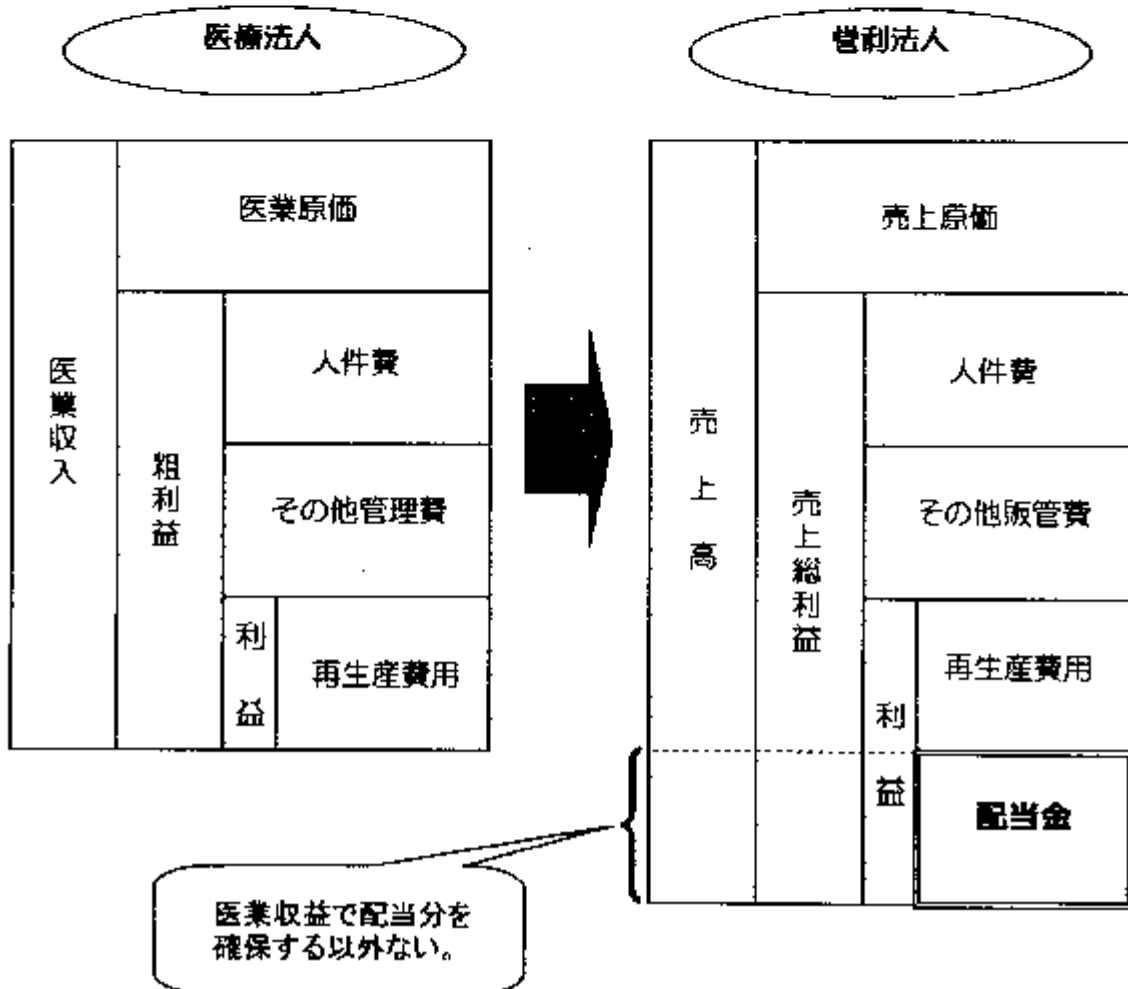
株式会社参入の結末

段階	生じる現象
競争	<ul style="list-style-type: none"> ●集客競争の激化 ●集客のための価格競争の発生 ●資本調達競争の発生 ●外資参入
淘汰	<ul style="list-style-type: none"> ●医療法人の崩壊or株式会社化 ●個人開業医の経営悪化と消滅 ●公立病院の崩壊or公費の増大 ●不採算医療（僻地、小児等）の切り捨て ●資本調達競争の激化
地域医療の寡占	<ul style="list-style-type: none"> ●大型倒産の発生 ●吸収・合併によるチェーン化の進展 ●外資参入の激化 ●売上高競争 ●医療資源の寡占 ●医師の資本への隷属
地域医療の独占	<ul style="list-style-type: none"> ●価格の上昇→医療費の高騰 ●患者の差別化 ●医療資源の独占 ●地域レベルでの政治的影響力の行使 ●投資の回収
国レベルでの寡占	<ul style="list-style-type: none"> ●資本の合従連衡 ●外資の支配 ●巨大医療コンツェルンの誕生 ●国家レベルでの政治的影響力の行使 ●独占的利益の獲得

営利法人（株式会社）の参入が医療費高騰を生むメカニズム

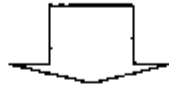


医療法人と営利法人の会計構造の違いが生む医療費高騰のメカニズム



医療機関の経営情報開示について

現行以上の開示義務が求められる客観的理由の欠如



1. 医療法人には、毎決算後、2ヶ月以内に各都道府県知事に決算書（損益計算書、貸借対照表等）の提出が義務付けられている。
2. 現状においても、多くの医療機関が公的調査に協力し経営状況を明らかにしている。

平成 11 年度中央社会保険医療協議会「医療経済実態調査」
の場合

病 院：1,040ヶ所
診療所：1,320ヶ所（医科）
合 計：2,360ヶ所

（参 考）

株式会社の上場会社については、経営情報開示が行われている。しかし、その数は、法人全体の0.1%、株式会社全体の0.3%に過ぎない。

	法 人 数	備 考
法人全体	約250万社	除く特殊法人、公益法人等
うち株式会社	約 80万社	法人数の32%
うち上場会社	約2, 500社	法人数の0.1%、株式会社の0.3%

項 目：5. その他

- ① 医療分野の労働者派遣（派遣の自由化）
- ② 医療従事者の質の確保
- ③ 医師の教育改革（いわゆる医局制度の見直し）
- ④ 医薬品販売における範囲の見直し（一般小売店における医薬品販売の部分的解禁）

医療関係職種を労働者派遣法の適用除外とする論拠

1. 現行法での取扱い

医業は、医師、歯科医師、薬剤師、看護婦等のチームにより一体として行われるものであり、派遣労働者の場合にはこれらの連携に支障が生じ、適正な業務の遂行が図れないおそれがあることから、改正政令において、労働者派遣事業の適用除外業務とされている。

2. 現行通りとする論拠

医療は、人の生命・健康に直接関わる業務であり、責任体制を明確にすることからも、医療機関で働く者は当該医療機関と直接雇用契約を結ぶことが望ましい。また、事故が生じたときの責任の所在（当事者・医療機関・派遣会社）が明確になっていない。

生涯教育に対する取組み

平成12年度
北海道医師会(会員数約6,000人)の例

- 生涯教育講座の回数 1,308回
- 時間数 約3,000時間
- 延べ参加者数 約7万3,000人

〔 全国規模の学会や研修会、個別医療機関の研修会、勉強会
は含まない。 〕