

第 14 回平成医政塾講演要旨

平成 20 年 12 月 13 日(土)

年末を迎えて、今年の総括をやる目的で、1)外来管理加算の 5 分間ルールについて 2)日医の考える後期高齢者医療制度について 3)総合医制度について 4)特定健診、特定保健指導について 5)オンラインレセプト請求完全義務化についての 5 つの問題について考えてみたいと思います。いずれも、既に、何度も議論されている問題ですが、どの問題も多くの問題を含んだまま、推移しております。今日は、5 人の先生にこれらの問題について、大まかに問題点を再整理していただきます。

1) 外来管理加算の 5 分間ルール (茂松茂人)

診療報酬改定のプロセスについては、小泉首相の時から歯科医師会の贈収賄の問題を受けて、内閣府が診療報酬の改定率を決定し社会保障審議会、医療保険部会、医療部会というところでその基本方針を練って、現場の診療報酬改定の点数の設定を中医協に預ける仕組みが出来上がり、中医協の権限が非常に小さくなりました。こうした中で、小泉改革で決まった骨太の方針の社会保障費削減(シーリングによる目標金額 2,200 億円/年)の金額算出時に、初診、再診料の見直しを迫られて、日医は、バーター(初診、再診料を変更しない代わりに)として、外来管理加算、デジタル加算の見直しを合意したと噂されています。勤務医対策費用として、1,500 億円のうち、開業医から 400 億円ほど捻出する目的で、外来管理加算、デジタル加算、後期高齢者初再診料が選ばれました。そもそも外来管理加算は無形の技術料として、内科系で認められていたもので、時間要件を入れて、評価するなど、おかしな話であります。しかし、いつの間にか、処置をすると安い、しかし処置をしないと高いといったところから、皮膚科、婦人科などが、外来管理加算を多く算定し、そうした観点からも外来管理加算を削る話がでてきたとの噂もあります。また厚生労働省の当時の原課長は実際、外来管理加算を時間制限することで、必ず、外来診察人数が決まってくるので、診療報酬が下がる、また下がらなければ、その医療機関を指導するといった発言があったとも漏れ聞きます。外来管理加算を算定しなければ、お薬だけの投薬も OK ですよというのは、医師法 20 条無診投薬の禁止とも相まって難しい問題が発生します。そもそも 5 分間の診療ルールの根拠となるデータが目的外のサンプリングによるアンケート調査で、実態に即していません。外来診療の内容は、診療経験、難易度、時間の要素の中で、変わってきますが、結局時間的要素のみとられた形で非常に遺憾であります。実際、認知症で通院できない患者さんは、外来管理加算は取れないなどの問題もあり、また将来は特定疾患管理指導料に時間の要件を入れてくる可能性もあります。外来管理加算の試算が 240 億円でありましたが、実際は、805 億円の持ち出しになったから見直してくれといった姿勢は、日医の甘い対応であり、非難されても仕方ないと思われます。今後、診療報酬改定時は今回のことを十分に踏まえて、改定率を実際の医療現場の実態に合わせて、検討することが肝要と思われました。

2) 日医の考える後期高齢者医療制度(松原 謙二)

後期高齢者医療制度における日本医師会案の第一の問題点は、後期高齢者医療制度に国からの公費を全額投入する事です。医療費において国が投入している公費をすべて後期高齢者医療制度に投入すると、国の関与が低くなった残りの健康保険は、米国の民間保険と近い性質を持つものになり、支払い側と支払われる側の関係となり、保険者機能の強化や診療の矮小化が進むことが懸念されます。また、元々、財政事情の悪い国民健康保険は国からの公費の投入がなければ、破綻します。

政府は2006年には骨太の方針として、突然、今後5年間、医療費2,200億円の削減をするなどの政策を出しました。「消費税などを目的税化して使えばよい」との意見もありますが、後期高齢者の医療を公費(税金)で賄うとすると、公費が十分でなければ、措置と同様に国の財政枠に縛られて、医師は後期高齢者に十分な医療を給付できない事態も生じます。後期高齢者だけを集めた保険制度で、どこからも、援助を受けないのは不可能です。間接税としての消費税をすべて、医療に回せるかという点、財政悪化の現在では事実上無理な話です。消費税は、国際競争上、企業にとっては最も負担のかからない税金ですが、健康保険料は半分を支払っている企業に負担がかかります。そのために企業は医療費抑制を主張するわけです。日本と異なりアメリカでは、退職者の医療費を国が負担せず、すべてGMなどの自社で負担しており、このことが、10万円/車の値段に跳ね返ってくることになり、GMなどの国際競争力を削いでいます。この点から見ても、日本では企業は恵まれている訳です。企業は、応分の負担はすべきです。国民が互いに支え合うために老健拠出金制度があった訳です。従って、後期高齢者制度にも、拠出金を出すことは当然です。消費税については税率を3%から5%に増加する時も、1%は地方のために、残り1%は後期高齢者のために使用する話が、空手形になって、事実上すべて、財務省の自由な財源となっています。これに対して、健康保険料は、医療に100%使用できます。

医療制度は、公助(税金)、共助(保険料、拠出金)、自助(自己負担)によってバランスよく支えるのが大変合理的な方法であり、今後も堅持すべきです。日本医師会が主張している後期高齢者医療制度を完全に独立させて、公費で賄うのはとても危険です。さらに、だれもが良い医療を受けられる点から考えれば、日本医師会が賛成して今回制定された後期高齢者における包括された後期高齢者診療料はボイコットしなければならないことは当然であって、今後一番大切なポイントです。

3) 総合医制度について(高井 康之)

総合医に類するものは、歴史的に種々の名称で呼ばれてきました。1942年戦時下の英国で、ピバレッジが提唱した社会保障制度の中でのGP(家庭医)に源流があります。英国のNHSによる国営医療方式を日本でも真似ようとした動きに対し、武見太郎会長が反官僚姿勢で日医をまとめ、対抗しました。昭和36年に我が国で国民皆保険制度の導入が行われ、国民医療は進展しましたが、昭和50年に入り、老健制度の導入や高齢化に伴う医療費増大に対し、吉村次官による医療費亡国論が登場し、医療費抑制の手段として、家庭医制度の導入

が検討されましたが、当時の村瀬日医会長は法制化しない「かかりつけ医」にて十分に国民の信頼に耐えられる医療が提供できると家庭医を阻止しました。最近の動きでは国保中央会が平成 20 年 3 月に「地域住民が期待する、かかりつけ医師像に関する研究会報告書」の中で、かかりつけ医と呼んでいたのを、総合医と呼ぶ提言をしました。総合医の医師像とは、日常的な疾患、Common Disease に対応する能力があり、いざという時に専門の医療機関に紹介することができ、住民の健康相談にも乗り、時間外対応、在宅に積極に取り組み生活状況をも把握している医師と、定義しております。総合医の養成コースは、既に、実地で活躍している医師を認定するコースと、卒後研修中の人認定されるコースの 2 つが用意されています。こうした認定制度を国と日医と学会が相談して決定するとしています。また、厚生労働省の審議会の中に医道審議会医道分科会に診療科名標榜部会というのがあり、この部会は、標榜科を決める審議会ですが、総合科なるものを、麻酔科と同様に、国の公的認定を必要とする科目として、国保中央会の定義とほぼ同じ要件で、創設しようとしています。新臨床研修制度も、プライマリーケアのために必要な内科、外科、産婦人科、精神科、地域医療等を、卒業後 2 年間、義務ではありませんが、ほとんどの新卒医師がこういうトレーニングを受けるということを制度化したもので、長期戦略として、実質上、家庭医、総合医を導入しようとする厚労省の執念のようなものが窺えます。これらに対し、日医は認定かかりつけ医を創設し、日医による認定として、生涯教育の更なる充実を図るものと位置づけています。今までの自主的な生涯教育では、申告率が 75%前後で、国民の理解を得られにくいと考え、植松執行部に変わった唐沢執行部は、総合医の導入に積極的な動きをみせています。平成 20 年に後期高齢者医療制度が創設された時に、唐沢会長と、柳沢厚生労働大臣が、かかりつけ医を公的な総合的な診療能力を持つ医師として認定することに合意したとの報道がなされましたが、日医はすぐに否定しました。しかし火のないところに煙は立たないと申します。平成 19 年の日医代議員会でも松原先生が、総合医の危険性について質問いたしました。唐沢会長は、かかりつけ医を、国が認定したり、診療報酬に反映させたりすべきでないと明言されました。しかし、平成 20 年 9 月の学術推進会議では総合診療医、総合医の認定制度導入について自らの手でやりたいと表明され、10 月に都道府県担当理事説明会の席で、唐沢会長が総合医制度推進する挨拶をされましたが、全国の医師会から、人頭割り、定額払い、総枠規制等を危惧する多くの反対意見が噴出しました。都道府県府医レベルでは、賛成 12.8% 反対 42.6% 時期尚早、賛否両論 29.8% と圧倒的に、反対ないし、時期尚早が多い状況でした。平成 20 年には舛添大臣の下で、厚生労働特別研究事業として立ち上げた「医療における安心、希望確保のための専門医、家庭医（医師後期臨床研修制度）の在り方に関する研究」の中で、家庭医と専門医とを並列させて、それぞれの必要性を検討し、今後の後期臨床研修制度を構築していこうとしています。名称はともあれ、かかりつけ医の先生方は、総合医として求められことは、既に実践されており、レベルアップすることは大変結構ですが、制度として一旦導入されると、医療制度改革や診療報酬改定に活用、利用される危険はずっと残り続けるのではないかと

危惧します。総合医を導入する目的の最大のものは、フル - アクセスの制限や管理することで、医療費の抑制を推し進めたいということが究極的にあるのではないかと思います。

4) 特定健診、特定保健指導(中尾 正俊)

今回の特定健診は4つの問題を含んでいます。1)健診目的が、国民の健康保持でなく、医療費抑制(削減)に置かれている点、2)委託契約11条における自己責任が実施機関のみに負わされている点、3)メタボリック症候群の診断基準を保健指導の階層化に用いて現場の混乱を招いている点、4)特定健診、特定保健指導の実施率による後期高齢者支援金の査定というペナルティーに関しての4点であります。1)では、将来の高齢者の健康増進により、医療費を適正化しようということ、ならびに、保険者に委託する形で、制度を構築して、国が国民の健康に関する責任を果たさない感があり、不可抗力で、疾病になった人の差別などを生むのではないかと心配です。2)に関しましては、当初、日医の内田常任理事が11条の契約に問題ないとのことでしたが、一方的に実施機関に健診、保健指導での事故責任を負わせることが問題ということで、保険者、実施機関、医師会での話し合での契約ということに変更になっていますが、11条の事故責任で医療保険者の委託事業であるのに、実施機関のみが責任を負うのは、大いに問題があります。3)メタボリック症候群の腹囲を含めた診断基準により、多くの患者の掘り起こしが起こりますが、それに対する診療報酬上の傷病名、また医療費の準備などが財政中立の論の中で準備されていません。4)では、現在の健診受診率は、大阪市では12.6%ですが、これをもっと上げるには、かなりの努力が必要ですが、目標を達成できないときには、大阪市の保険財政は約380億円の赤字であり、一般財源より481億円の繰り入れをしておりますが、後期高齢者の支援金は339億円(20年度)ですが、この10%(約34億円)が健診目標率に達しなければ、削減されると健診を受けないことにより、保険料が約2,000円/人上がることになり、おかしな問題であると思われます。このような制度がよいのか、よく考えていかなければいけないと思います。

5) オンラインレセプト請求完全義務化について(武本 優次、宮川 松剛)

(武本)厚生労働省省令111号により、平成22年4月からレセプトオンライン請求を開始しなければいけない情勢で、このシステムは医師主導によるものでなく、強制されたものであることを中心に経緯について武本がお話をし、後半はレセプトオンラインについての問題点などを、宮川先生にお話していただきます。レセプトオンライン請求の話が最初に出てきたのは、昭和58年のレインボ - プランですが、当事者(医師会)の反対により、廃案になりました。平成13年にIT国家を目指したE-JAPAN重点計画なるものが登場し、これを受けて、平成13年11月に医療制度改革大綱が閣議決定されました。この決定の中で、電子カルテ、レセプトの電算化が目標設定されました。この時点では医療の効率化を目指して、電子カルテの話が主でありました。同年12月に続けざまに医療保健分野の情報化に向けてのグランドデザインが出され、全国2次医療圏の病院において、平成16年から

18年にかけて、電子カルテとレセプトの導入目標が設定されましたが、具体的な費用補助などは計画されていませんでした。その後、様子眺めでしたが、平成17年3月に規制改革民間推進会議（宮内議長）が3カ年計画を提示しました。この中で、医療分野のIT化は、電子カルテなどの医療分野の効率化の問題よりも、医療経済の効率化などに重点が置かれ、情報開示の徹底、IT化の推進による医療機関の業務の効率化、診療報酬体系の透明化とEBMの一層の推進、保険者機能の充実・強化、医療材料の内外価格差是正、医師・医療従事者の質の確保、公的な医療機関のあり方の見直し の7点が目標として提示されました。レセプトオンライン請求の阻害要因は、原因を検証し、対処を急ぐとあります。こうした動きは全く医療提供側の実情も考慮することなく、保険者機能の強化による、医療費抑制策が端的に出ているものです。この時点から、医療の質、効率化よりは医療費抑制、または、医療費の明細書の発行の義務化など医療従事者によって煩雑で、医療業務に集中できない項目が数多く出てきます。平成17年12月にレセプトオンライン請求の原則が、医療制度改革大綱に盛り込まれ、閣議決定されました。この時期に、後期高齢者、混合診療の問題も政府より、提案され、植松日医執行部は徹底抗戦されました。しかし日医会長選挙の騒動の中、平成18年4月に医療制度改革法案が十分に審議されず、レセプトオンライン請求義務化の根拠となる厚生労働省、省令111号が出されました。平成22年4月からは一般のレセコンを使用している診療所もオンライン請求を義務化され、平成23年4月からは、手書きレセプトの施設も含めてすべての施設で、義務化されます。しかし、診療所を含めて、レセプトオンライン化は0.2%代で、進まず、政府はこうした動きを受けて平成19年6月の規制改革民間推進会議の3カ年計画の中で、オンライン請求は義務化で、オンライン請求以外は、請求には応じない旨を閣議決定しました。400床以上の病院ではすでに、オンライン請求は始まっており、国のIT化政策は一見効率的で、魅力的に見えますが、医療現場の実態に即しておりませんが、一方的に反対ばかり、唱えてよいものでしょうか。日医は平成20年10月になって、やっと重い腰を上げて、3師会合同でのレセプトオンライン請求の完全義務化撤廃を要望しましたが、タイムスケジュール的にかなり追い込まれた状態で、果たして十分に効果的な反対となっているのでしょうか。オンラインにより最大の受益を受ける国や保険者が、どうして、レセプト提出者だけに、設備負担を求めるのでしょうか？また電算化されたレセプトデータが医療費抑制政策のためだけでなく、国民の医療を良くする共有財産として広く、多くの団体が意見を言える環境、制度づくりがなされれば、医療提供側も辛い選択とは言え、理解は得られる可能性も多いと考えます。

（宮川）現時点で我々医療側と支払側がどのような状況になっているかを中心に少し補足いたします。支払基金側はレセプトオンラインにより電算化しますと、紙ベースで、苦勞されていますが、磁気ベースになりますと、仕事の効率化が図れますよ、コストの削減ができますよ、正確になり返戻が減りますよと、さらに、1,000件/月のレセプト診療所の場合、レセプト作成に関して、3時間程、時間短縮、効率化が図れますよとメリットを強調します。

しかし今から 2 年前の支払基金の資料には、特定健診の電子データの話が出てきます。これは、医療と健診データを一元管理することに他なりません。一元管理でいろいろな情報の統一ができます。傷病名統一以上に医療費情報の統一があります。全国健康保険協会の運営委員会で、平成 20 年 11 月に保険者機能強化アクションプランなるものがあります。またインターネットを利用した、医療費通知の実施も平成 21 年 1 月から実施されるそうです。医療費分析マニュアルに基づいて、レデータチャートを作成し、1 回/一人当たりの診療費、あるいは、5 年間の各健康保険組合のデータの良し悪し、あるいは、地域間格差などの比較検討が直ぐにできて、準備万端です。まだこれらのデータでも飽き足らず、さらに、今後のレセプトデータの集積を図り、過去から未来に、各年齢層にわたる、詳細なデータ管理を目指すとのことです。今年 7 月の日経新聞に、甦れ医療の特集で、紙レセプトの山が分析を阻む紙の山で、保険者はレセプトオンライン義務化により、この山を取り除くことができるとあります。石油製品健康組合は日本医療データセンターにレセプトを委託していますが、この会社で、診療や投薬内容から病気毎のフィッスを割り出して、分析しているとのことです。医師会の会員の中には医師会には期待せず、独自で、31.3%もの会員の先生が電子レセプト請求を開始しています。支払側は医療費抑制のための分析準備を十分に整えています。医療側は統一した行動が取れず、切り崩されています。地域医療の崩壊にもつながりかねないオンライン化の中で、将来は社会保障力ドにもつながる話もあり、非常に危険な状態と考えられます。