

【2000 年 6 月 29 日】政策・制度 要求と提言

日本労働組合総連合会

政策・制度 要求と提言（2000～2001）

平成 12 年 6 月 29 日

日本労働組合総連合会

【福祉・社会保障政策】将来にわたって国民が安心して良質の医療サービスを受けられるため、医療・医療保険制度の抜本改革早期実施を実現する。

1. 医療機関の機能分担の明確化、相互連携強化など、医療提供体制の改革

診療所等を家庭医として制度化し、初期医療（プライマリー・ヘルスケア）から高次医療に至る医療機関（国公立・大学・私立病院）の機能分担を明確にし、その相互の連携を強化する。

病院については、教育機能を有する機関、高度先進医療を実施する機関、政策医療を担う機関など、機能の相違を分担の基準とする。

病院・診療所の設置規制と病床規制を強化する。都道府県で策定されている地域医療計画に高額医療機器の設置数と診療所を加え、高額医療機器の共同利用を含め実効性を確保する。

医療圏域ごとに必要な医療サービスを確保するため、無医地区の解消と、第二次医療圏における救急診療や夜間・休日診療体制、小児医療体制の確立に向け、地域医療支援病院の整備目標や整備責任を明確にし、基盤整備にあたっては財政支援措置の確立をはかる。

入院における医療サービスの質の向上と効率化をはかるために、急性期と慢性期の定義を明確にし、病床を区分する。病床区分に応じた医師、看護婦・士等の人員配置基準、病室をはじめ院内の構造設備基準を引き上げる。看護基準は「2：1」とする。

医師・歯科医師の臨床研修の必修化にあたって、早期に体制整備をはかる。また、必修化に対応して医師等養成の教育課程、医学部教育のあり方を見直す。教育費用は診療報酬と別財源を確保する。

医師資格に 5 年ごとの更新制度を設ける。保険医等に定年制を導入する。

終末期医療、ターミナルケアのあり方についての検討をすすめる。

病院および診療所の療養型病床群への転換にあたっては、良質な医療を確保するため都道府県知事の許可要件（浴室、談話室、食堂の設置）を厳格に適用する。

2. 老人保健制度の抜本改革と「退職者健康保険制度」(仮称)の創設

老人保健制度の抜本改革までの間、老人医療費の公費負担割合を5割に引き上げるなど、保険者への支援策を講じる。

老人医療費が若人の約5倍となっている要因を詳細に究明する。

老人保健制度における保健事業の見直しを行う。

退職高齢者が被用者健保の被保険者として継続加入するため、すべての退職高齢者を対象とした「退職者健康保険制度」を創設する。この「退職者健康保険制度」の給付と負担については健康保険法を適用し、保険料については年金等収入による標準報酬月額に退職者を含む被用者健保の平均料率を乗じたものとし、事業主負担相当分は被用者健保全体が負担する。なお、退職者と被保険者の公平を確保するため、保険料の賦課対象を現行の標準報酬月額から総報酬に改める。

70歳以上の高齢者の患者負担は、心身の特性に対応し定率1割とする。また高額療養費については、低所得者等と同額(現行35,400円)とし、償還払いを窓口払いに切り替える。

「退職者健康保険制度」の創設により、各医療保険が自立性を発揮できる基盤整備をすすめ、現行老人保健制度による財政調整制度(拠出金)は廃止する。

公費負担は、現行の老人医療給付費への30%相当分を50%相当に引き上げ、国保と被用者保険集団の高齢者比率に応じて按分する。

退職者健保を含む被用者健保全体について、全被用者健保の代表者および労使代表者で構成する管理運営機関を設置し、保険者機能を強化しつつ適切な運営にあたる。

生涯を通じた健康づくりの推進と、家庭医の制度化によって高齢期の健康確保、健康寿命の延伸をめざす。老人医学、予防医学の研究をすすめる。

3. 診療報酬制度、薬価基準制度など医療保険制度の抜本改革

診療報酬制度は、医療機関の機能に対応し、救急医療等を除き出来高払いから定額・包括払い制度へ転換する。その際には「医療の質」を確保する制度もあわせて導入する。

診療所については、定額方式を原則とするとともに家庭医登録制度の採用と人頭払い制度の導入をはかる。病院については、必要とされる医療内容に対応した「疾患・治療群別包括払い方式(DRG-PPS)」を基本とする。

98年11月より行われている「急性期入院医療の定額払い方式の試行」は、疾病数(183)や対象病院数(10国立病院等)を早急に拡大する。また、医師や医療機関が自主的に行う治療内容や費用の標準化に向けた取り組みも支援し推進する。

特定療養費制度の枠を安易に拡大することなく、保険給付のなかに適切な技術評価の基準を設け、報酬に反映させる。

医療保険各制度における患者一部負担の水準格差については、被扶養者を含め2割負担に統一する方向で検討をすすめる。健康保険の傷病手当、出産手当金の給付率は、標

準報酬月額の7割に引き上げる。

診療報酬支払い方式の定額化・包括化への転換に至るまでの間、薬価差益の解消に向け現行薬価基準制度を廃止し、当面、「給付基準額制」（日本型参照価格差制度）を基本に改革をめざす。調整比率2%は早急に0とする。また、新たな薬価算定ルールは、早期に導入する。中医協に設置される薬価算定組織は、薬価算定ルールの明確化・合理化をはかり、薬価算定過程の透明化を確実なものとする。薬価基準制度の改革にともない若人の外来の薬剤一部負担は廃止する。

新薬開発の促進のための条件整備を行う。また、良質な後発品の使用促進のため、情報提供、品質管理、安定供給に対する評価システムを強化する。

患者に対する副作用を含めた正確な薬剤情報を提供する。

4. 加入者の利益を代表するための保険者機能の強化と、保険者規模の適正化

保険者は、レセプト審査の強化と審査体制の拡充をはかる。

被保険者への情報提供の充実、医療費通知の内容充実、本人申請によるレセプトの開示などをすすめる。また、医療内容、医薬品など、医療への意識を高める教育と、予防・健康相談と指導体制を強化する。

多発する医療事故や医療費の不正請求に対して、苦情処理機能と被害者委任による代理交渉権を確立する。

医師・医療機関等に対する評価能力を高め、評価結果を加入者に公表する。

保険者に対する保険医療機関等及び患者への調査権の付与をめざし、当面、都道府県の医療機関等への調査に、保険者を参画させる。

効率的な運営を行うとともに、医療機関等との契約、費用総額をめぐる交渉機能の具体化を早急にはかる。

最大規模である政府管掌健康保険については、労使代表が参加する運営委員会を中央・各都道府県に設置する。健康保険組合については、再編・統合をすすめ保険者規模の適正化をはかる。国民健康保険については、少なくとも第二次医療圏単位以上への広域化をはかり、財政運営の安定を確保する。

すべての保険者は財政状況等に関する情報を公開する。

5. 医療情報の公開と、患者の権利確立

インフォームド・コンセント（患者に診療の目的・内容を説明し、了承を得て治療すること）の努力義務を義務化し、本人請求によるカルテ、レセプトの開示を制度化する等、患者の権利を確立する。カルテ開示は遺族も対象とする。

プライバシー保護に十分配慮しつつ、本人の病歴・薬歴等を記録した被保険者証の電子媒体によるカード化をすすめる。カードの電子カルテ、レセプトとの連動をはかる。

病院内に患者・家族に対する相談窓口の設置を義務づける。

医療機関の客観的情報についての公開を義務づけるとともに、医療の広告規制を緩和する。

また、第三者機関による医療の質に関する評価システムを確立する。

患者が納得できる医療を得るため、セカンドオピニオン（複数の医師が連携し納得のいく医療を患者に提供すること）を推進する。

6. 医療事故の防止

医療事故防止に向け、院内管理体制を強化するための対策を講ずる。

医療事故の報告を義務化し、怠った場合の罰則規定を設ける。

行政を含む院内外の複数のチェック体制を整備し、事故を起こした医療機関の徹底した原因究明と、再発防止策等の公表を義務づける。

原因究明が行われるまでの間、当該医療機関の医業停止も含めた措置を検討する。

7. 国・都道府県の役割の強化

国が行う保険医療機関・保険医等の指定や取消の権限を強化する。

医療事故、診療報酬の不正請求、脱税、犯罪等による医師免許の取消や保険医療機関・保険医指定取消の基準を明確にし、厳格に適用する。

国や都道府県に寄せられた苦情や、保険医療機関・保険医等を実施した指導・監査の内容を公開する。

保険医療機関・保険医の指定には、診療明細のわかる領収書発行を義務づける。

国や各都道府県に医療従事者、保険者と労使代表、弁護士などで構成する医療に関する苦情処理機関を設置する。苦情内容について、毎年公表する。

国は、医師・医療機関等に対し、電算処理への対応を強力に指導する。

8. 保険適用範囲の検討

臓器移植、遺伝子医療、生殖医療、高度先進医療、終末期医療、入院時の食事代、医薬品など、保険適用の範囲について抜本的な検討を行う。

傷病手当金や出産手当金、埋葬料など現金給付の範囲について検討を行う。

医療機関に共通する投資的費用（キャピタルコスト）は通常の運用費用とは別立てとし、医療技術の向上のための費用、新薬開発に要する一定の費用については、保険財政と切り離し公費を投入する。

9. 審査支払機関においてレセプトの減額査定が行われた場合、保険者は患者の一部負担が1万円以下であっても医療費通知で被保険者に対し確実に通知する。また、保険者は払いすぎた患者一部負担の返還を代行する。

10．保険料、公費、患者一部負担のあり方について、国民的な合意形成をはかる。

11．准看護婦・士養成制度を即時に廃止し、看護制度の一本化を実現する。そのため、看護婦養成課程を統合し、就労を前提とした准看の移行教育を早期に実施する。また、効率的で受講しやすい内容や勤務時間の保障など労働環境・条件の整備をはかる。