

## 医療保険の患者負担は、世代間・世代内の公平性や介護保険との整合性が鍵

2 017年の医療保険改革に向け、「患者負担」をどう考えるかというテーマが浮上しています。

医療費は、年齢や所得に応じて1～3割の患者負担が発生します。しかし血友病患者などでは、1ヵ月の総医療費が1億円を超えるケースもあり、1割負担でも1,000万円です。これを患者自身が負担することは困難なので、暦月1ヵ月の患者負担が一定額を超えると超過分が保険給付される「高額療養費」があります。

また、医療費の一部負担以外に「食費の負担」や「居住費（光熱水費）の負担」もあります。後者については現在、「療養病床に入院する65歳以上の、医療区分1の患者」のみ、月額320円の居住費負担が課せられています。これに対して介護保険では、低所得者への補てんがあるものの、全施設入所者に居住費負担が求められる大きな違いがあります。さらに、高額療養費制度では70歳以上の高齢者において負担上限額の設定区分

などが緩和されており、また、居住費については、年齢や病床区分などで負担の有無が異なるという複雑な仕組みとなっています。

こうした状況について、医療費を負担する財務省（国が医療費のおよそ1/4を負担している）や保険者は、医療保険制度の持続可能性を第一に考え、「世代間・世代内の公平性や介護保険制度との整合性を図る必要がある」とし、たとえば「療養病床に入院する医療区分2、3あるいは65歳未満の患者にも居住費負担を求めるべき」と主張しています。

一方、医療提供者や患者団体は「医療へのアクセスを阻害することは重症化を招き、かえって医療費が高騰する」として、少なくとも現状維持を求めています。両者の主張ともにならずける点があり、なかなか判断が難しく、最終的には「政治決着」になる可能性もあるでしょう。

## 地域包括ケアにおける医療マネジメント 第④回

株式会社日本経営 大日方 光明

### 退院支援計画を有効に機能させるには

今回は、カンファレンスを充実させるために、事前準備段階としての「退院支援計画における在宅スタッフとの連携」について話題を提供したい。

退院前カンファレンスにおいては、病院と在宅スタッフ（医療・介護職）との間で、診療情報や在宅ケアでのシームレスな連携が図られることが望ましいが、在院日数の短縮化、病床回転率の高さ、また複数のプレイヤーの存在などの条件下で、退院前カンファレンスの質とスピードを両立させるのは容易ではない。その対応としては、退院支援計画を策定する段階で、早期に在宅ケアの事業者側と連携し、効果的な対応方法を講じていくことが有効だ。

たとえば、在宅復帰の際の福祉用具の導入などは頻繁に生じるケースであるが、日本作業療法士協会ではこうした福祉用具導入にあたり、退院支援計画策定と

その実行における「生活期を見越した入院中指導」の必要性を説いている。入院中指導とは、退院支援計画策定の段階で、リハビリスタッフによるアセスメントと導入必要器具の選定を行い、器具の貸与、生活期の訓練を入院中から実施し、それらの経過評価を院内のリハビリスタッフが実施したうえで退院前カンファレンスに臨み、在宅スタッフと連携していく方法だ。これにより、シームレスな連携が実現される。これは、リハビリテーション、また医療機器の利用等にもなる家族指導についても同様のことが言える。

こうした体制の構築は、患者、病院側、在宅ケアを担う事業者側にそれぞれメリットがある。スムーズで質の高い連携を進めていくためには、退院支援計画を効果的に活用し、入院直後から在宅スタッフとの連携構築に取り組んでいくことが必要だ。