



2010年4月8日放送

平成22年度診療報酬改定の内容をふまえて

今後の医療政策の展望を探る その2

診療所の視点

京都府医師会副会長 安達 秀樹

今回の改定のポイント

平成22年度診療報酬改定を中心に、私の考え方をお話させていただきます。

最初に全体像として、平成22年度改定のポイントは何であったかということですが、基本的には大きく分けて三つのポイントがあると思います。まず何よりも最初に言わなければならないのは、10年ぶりの、全体としての、つまりネットでのプラス改定であったということにして、小泉政権下ですっと行われてきた社会保障費の2,200億円の削減という政策が撤廃されるなかで、ようやくこれが実現しました。これが政権交代の意味としてはたいへん大きなことであったというふうに思います。

二番目の特徴は、これまで長い間診療報酬改定の財源配分というのは、医科と歯科と調

剤それぞれが、1 : 1 : 0.4 という配分で行われてきました。今回は、それが医科 1 : 歯科 1.2 : 調剤 0.3 という配分に変更されたということです。この変更の中身、その原動力というものが何であったかということについては様々な憶測も言われておりますけれど、詳細は私もわかりません。ただ、歯科の診療報酬・技術点数というものがこの間非常に低く抑えられてきたということは事実でありますので、そういった是正が試みられたというふうには理解していいのだと思います。結果として、医科の診療報酬の全体に対する割合は従来の 2.4 分の 1 から 2.5 分の 1 へ若干減少したという形になりました。

三番目の非常に大きな特徴が今回、医科の診療報酬改定についてその財源の振り分けを入院外と入院という形であらかじめ枠が設定されたということであります。従来、中医協というのはその役割の変更以来、決められた財源枠の中での配分をするというのがその権限であり、仕事でありました。それについて、入院外の財源枠を当初から指定をされたということは明らかな中医協の権限の縮小であると思っております。こういった枠決めがどうやって行われたかということになりますと、これは予算請求のなかでの厚生労働省と財務省の交渉のなかで財務省の権限というものが非常に強かったのではないかというふうに思わざるを得ないわけであります。あとでお話をしますが、この財源枠設定は明らかに不当でありました。

そういうなかで中医協の全体の審議が行われてきましたけれど、入院については実質 4,400 億円の財源がありました。それに対して外来に 400 億円という枠しか存在しなかったわけであります。そのなかでの財源配分を診療それぞれの項目について行っていくについては、従来から厚生労働省の社会保障審議会というものがありますが、そのなかに医療部会と医療保険部会があり、その両方で議論をされたことがとりまとめられまして、社会保障審議会の基本方針というのがいつも出てまいります。政府はこの社会保障審議会の基本方針に沿って、その年の診療報酬の改定幅を決めるわけであります。かつ、中医協においては、この社会保障審議会でも医療部会と医療保険部会双方が議論をし、両者が合意してとりまとめた基本的な方針に沿って、その配分の議論をしていくという形になっています。今回、社会保障審議会の基本方針としてまとめられたのは、重点課題と 4 つの視点と後期高齢者医療制度についての意見が基本方針として示されました。

重点課題への点数配分は評価できる

まず、重点課題としては、救急、産科、小児、外科などの医療を再建するというのと、もう一つ並んで、病院勤務医の負担の軽減ということが前面にうたわれたわけであります。

そのほかに、4 つの視点として、充実が求められる領域を適切に評価していく視点、患者からみてわかりやすく納得でき、安心・安全で、生活の質にも配慮した医療を実現する視点、医療と介護の機能分化と連携の推進等を通じて、質が高く効率的な医療を実現するという視点、そして最後に、効率化の余地があると思われる領域を適正化する視点、とい

う4つの視点が盛り込まれました。

後期高齢者医療については、75歳以上という年齢に着目した診療報酬体系の廃止ということがうたわれたわけであります。

入院につきましては、4,400億円という改定財源のなかでかなりの重点的な評価が、今回も中医協で行われることになりました。今回の一つの特徴は、この主に入院部分の評価について、すべての項目にその告知等々に勤務医の負担軽減と処遇の改善ということが文章として盛り込まれたことでもあります。基本的な姿勢としてこの内容によって入院の評価が行われました。その結果として、重点課題であった救急、産科、小児、外科の医療の再建ということについての点数配分が行われました。救急についても、産科についても、小児、特にNICUやGCUについては大幅な増点、そして大幅な条件緩和が行われたということが今回の改定の大きな特徴です。それに関連して今回の改定の大きな特徴であったのは、これらの病床から一般病床へ移行する場合の後方、つまり受け皿の評価もあわせて行うことで、こうした急性期・重症の医療の回転をよくするという実質的な運用が十分に行われるように配慮されたところにあると思います。

もう一つは、非常に大きな意味があったのは、外科の手術点数の増点であります。この部分は外保連のみなさんが中医協のヒアリングに応じられて、外保連試算というなかで手術難易度の評価表を示されました。この評価表に則る形で4,400億円の入院資源のうちの実に1,500億円がこの外科の手術料の増点に充てられています。これは非常に大きな意味があると私は理解しています。なぜかといいますと、日本の総医療費というものが世界の先進国のなかで、GDP比でいうと極めて低い水準にある、その最大の原因というのがこうした急性期入院医療の技術評価を日本の医療保険制度がしっかりとこなかったということにあると思っているからです。そのことが行き着いた究極の形が病院の今日の経営困難であり、勤務医の疲弊であるからであります。この外科手術料の評価が、外保連試算に則って引き上げられたということは、日本の診療報酬体系のなかで技術の評価するという土壌がはじめてはっきりと生まれたという意味で、大きな一歩であるというふうに私は評価しております。

そのほか入院関連につきましては、勤務医の負担軽減の観点から、事務クランクの対応、あるいは病院の診療従事時間の対応等についても多くの加点や評価が行われることになっています。もちろんこの4,400億円で病院の対応がすべて可能であったかという点、残念ながらそうではありません。それには原資があまりにも足りませんでした。そういうなかで、我々が基本的に求めた一律での入院基本料の引き上げということは実現しませんでした。これからの大きな課題の一つであります。

結果としてこうした評価をして、前回の改定と同じように病院の評価をしましたが、やはり地方の特に中小規模の病院についてはその財源が十分に回っているとはいえません。この部分の評価をしっかりとやり切らないと、地方で基幹病院的な役割を実質的に果たしている中小病院の経営危機は去りません。そのことは都市部で一つの中小規模病院が破綻

するよりは、はるかに大きな影響を日本国全体の医療提供の体制に対して与えると思われる。今回の中医協でも、地方の部分についての評価をどうするかという議論は行われました。評価の指数が非常に難しいということがあって、今回は見送られましたが次の改定では大きな課題の一つであるというふうに思っております。

一方、外来に関する財源は、入院4,400億円に比べてわずか400億円ですぎませんでした。政権が公約した選挙公約によれば、たとえば外来の外来管理加算の5分間要件というものの撤廃をするということでありましたけれど、これを撤廃するだけで600億円、700億円という原資が必要になるはずのものでありまして、この400億円という設定は最初からそれが否定されているということに等しいと思います。結果として、個人診療所の再診料は71点から69点へ引き下げられましたし、外来管理加算は52点のまま残りはしましたけれど、それについては5分間要件に代わる新たな要件が設定されることになりました。これまでの状態と算定条件についてはたいして差がないということになったわけでありまして、政権公約どおりの5分間要件の撤廃による外来管理加算の取り戻しということは診療所にとっては不可能になったわけでありまして。本来、この部分を財源的な数字としていうならば、外来部門についても個人診療所ばかりでなく、病院の救急外来等、あるいは訪問看護センターの評価等を含めて1千億円近い財源が必要であったのではないかとこのように私は考えています。

改定の問題点と日本医師会のあり方

こうした今回の改定の全体を見て、私が一番強くいま感じていることは、当初に申し上げた入院4,400億円、入院外400億円という枠の設定が非常に強い財務省の意見で設定されたということでありまして。私は明確に申し上げたいのですが、このような財務省の考え方、すなわち国家の財政が困窮するなかで医療費の伸びを抑えたい、医療費は総枠として伸ばさなくても、個人診療所の分を病院に付け替えればそれで十分足るだろうと考えておられる考え方ははっきり間違っているということでありまして。いま、個人診療所の損益分岐点も病院の損益分岐点に限りなく近づいておりまして、両者ともに95%、96%というような水準にあります。これを個人診療所分を減らして病院に付け替えるという作業を行うということは、日本の医療崩壊を個人診療所の部分にさらに拡大するというにしかならず、日本の医療提供体制全体が依然として崩壊の淵から逃れることができないということを財務省はしっかりと理解されるべきであろうと私は思っております。

これから先の中医協の議論、このほうが政権交代のなかで2カ月の余白をおいて非常に性急に行われたこの改定に対しての中医協議論よりは次期の改定に向けて非常に重要な議論になるということを私は認識しております。そのなかで一番重要なことは何かということをお知らせしておきます。医療費がいくらたくさんあったとしても、総枠では国家予算の関係のなかで枠があります。そのなかで、先ほど申し上げました外科の手術料、技術料の

評価等、日本の診療報酬体系のなかで非常におろそかにされてきた技術、つまり医療の質に対する評価というものがこれからもしっかりとやられていかなければなりません。一方では、日本の国が少子高齢化に向かい、高齢者の方たちの人口が相対的に増えていく。つまり、生物学的な特性によって、高齢化ということはすなわちそれぞれの器官がそれぞれの故障を多発するということでもありますので、そうした高度先進医療ばかりではなくて、通常の医療においてもそのニーズは高まっていきます。つまり、医療の提供の量ということも同時に要求が増えてまいります。全体の枠が決まった医療費のなかで、この医療の質の評価ということと、医療の量が増えてくることに対する対応、この二つの均衡というものをどうこれからとるのかということが、中医協の議論にとっては最大の課題であろうと私は思っております。ただいずれにしましても、今回の改定もプラス改定にはなりましたが、わずかネットで 0.19%増にとどまっております、総枠として医療費が絶対的に足りないということは間違いなく事実であろうというふうに思っております。

最後に一つだけ日本医師会のあり方について私の考えるところを申し上げます。今回の政権交代でこの関連を主務される政務官が勤務医の方になられました。そして、その方のまわりには勤務医のブレイクがたくさんおられました。そういうなかで日本医師会は中医協の委員からはずされたわけでありまして、これは何を意味しているのか。つまり、勤務医のみなさんから見て日本医師会の評価というものは、勤務医のみなさんの意見を十分に代表しているとは思えないということであろうと思います。日本医師会はこのことを抜本的に変えなければなりません。ここでは診療報酬体系と同じ問題が存在します。日本医師会は、日本の医師免許を持つ者の 60%を組織する団体であります、その量によってこれまで医療側の代表性ということを主張してきました。そこにはやはり限界があったと思います。これからは勤務医のみなさん、病院で行われる医療、そういうものについての質の評価ということも日本医師会は同時にその活動のなかに組み込んで、勤務医のみなさんと開業医が手を携えて日本の医療に貢献できる、そういうことを推進する団体に変わらなければならぬというふうに思っております。

「総合メディカルマネジメント」

http://medical.radionikkei.jp/sogo_medical/bangumi.html