



2010年4月15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3

厚生労働省の視点

厚生労働省保険局医療課長

佐藤 敏信

(聞き手)厚生労働省保険局医療課主査

新谷 幸子

政権交代により政治主導の改定となった

新谷 平成22年改定が行われ、すでにみなさん新しい診療報酬に従って診療を行っていただいているところですが、今回の改定全体を振り返っていただいていたか。

佐藤 いつもの改定と違ったところは、みなさんご存じのように政権交代があったということですね。それに伴い、中医協委員の交代があったり、それから刷新会議による事業仕分けがあったりということでしたから、ふつうの診療報酬改定に加え

て、そうした一種の政治的・行政的な動き、トピックがあったということだと思います。

新谷 政権交代があって、その後中医協委員の交代などで、今回中医協が1カ月間、改定前の大事な時期にストップしていたわけですが、これについてはどうでしたか。

佐藤 いまの話は、政権交代に伴うものでもあるのですが、ちょうど中医協の委員の交代の時期にあたっておりました。政権与党としては、中医協の審議を進めるうえで委員の交代が必要というふうに考えたのだと思いますが、そういうことで事実上1カ月、中医協がお休みをした状態になりました。また、当たり前のことですが、新しい委員がおみえになったということです。そうしますと、新旧委員の間での意見の共有、考え方の共有という時間も必要になってまいります。そういう意味で十分な時間をとって議論をする必要がありました。私ども事務局もそうした十分な議論ができるような場づくりとか環境づくりに心を砕いたというところではないでしょうか。

新谷 新旧委員の交代ですとか、政権交代という前後で何か大きく方針が変わる、あるいは考え方が違ってくるようなことなどはあったのでしょうか。

佐藤 方針が変わったといえるかどうかわかりませんが、むしろ新しい政権下で明確な方針が示された、あらかじめ示されたということがいえるのではないのでしょうか。一つは、刷新会議です。これがどの程度今回の診療報酬改定に影響を及ぼしたかということはちょっと置きますけれど、刷新会議においていわゆる配分の見直しとか勤務医と開業医の間の処遇の見直し、あるいは配分の見直し、こういったことがいわれたということです。それから、政務三役自身もマスコミ等を通じて入院、それも急性期の入院に重点的に手厚く配分していくのだという話がありました。それもこれも現在の政権与党である民主党がマニフェストで掲げた内容、その内容の延長線上にあることだったと思います。

新谷 刷新会議というお話が出ましたが、刷新会議の影響はどの程度あったか気になるのですが、特に開業医と勤務医の分配ですとか、そういったあたりかなり配慮されて今回改定を行っていたのでしょうか。

佐藤 一般論で申しますと、刷新会議の仕分けの結果というものがただちに各省の行政に直結するかどうかというのは、これは異論があったところだと思います。特に、私ども診療報酬というのはそもそも刷新会議による仕分けというものになじむかどうかという、そもそも論の部分で疑問の余地があるという意見があったくらいです。そういうことから、刷新会議の意見がそのまま今回の診療報酬改定に直結したとは私自身も思っていませんし、おそらく政務三役もそうだったというふうに思います。ただ、そこで議論されたことのうち、今回の勤務医、開業医、ないしは診療科間の配分の見直しとあわせて、後発医薬品の使用促進ということもありましたから、行政を進めていくうえで、あるいは中医協の議論を進めていくう

えで必要な内容については、それはそれとして真摯に受け止めて、取り入れるところは取り入れるというスタンスであったといえるのではないのでしょうか。

新谷 刷新会議の方針も政務三役の方針も、ある程度中医協で議論していた内容なども方向性としては一致していたということでしょうか。

佐藤 答えはイエスでありノーであると思います。大きな方向性、つまり入院であるとか、急性期の医療に手厚く配分していくと、これは異論のないところであったと思いますが、細かな部分、たとえば診療科間で配分を見直していくのか、見直しするとしたらどの程度見直しをするのか、こういったところでは必ずしも一致していたわけではないと思いますね。

新谷 急性期への配分ですとか、たとえば勤務医と開業医の分配の見直しみたいなことはおそらく平成20年改定でもいわれていたことだと思うのですが、今回さらに踏み込んだ点というようなものはあるのでしょうか。

佐藤 配分の見直しそれ自体を目的にして改定をしたということでもないのではないのでしょうか。繰り返しになりますが、急性期の、それも入院を中心に配分をしていくということになりますと、結果的に病院と診療所間の配分の見直しにつながっていったと、結果として配分の見直しにつながっていったと見る考え方もあると思います。

新谷 配分の見直しというお話が出ましたが、そうこうしているうちに改定率が提示されるようになるわけですが、今回、入院・外来のそれぞれの区分ごとに改定率が決められているとかいろいろありましたが、改定率提示に至る経緯についてお話いただけますか。

佐藤 当たり前のことですが、民主党政権で改定率提示、実は改定率というのは予算の話ともからんでまいります。と申しますのは、ちょっと話が迂遠になりますけれど、医療費の25%は一般会計、つまり国の予算で負担されておりますので、22年度予算の政府原案を策定すると、この作業と改定率とが微妙に関係してくるわけです。したがって、平成22年度予算の編成過程、特に今回の場合でいうと厚生労働省と財務省との協議のなかで改定率をどう決めていくのか、他の予算との兼ね合い、財源、こういったものの兼ね合いのなかで改定率をどう決めていくかということでした。そういうなかで民主党自身はじめての予算編成に臨んだわけですから、政務三役も含めた現政権も予算編成に当たってご苦労されたのだと思います。私どももその過程のなかで改定率が決まるわけで、一体どのくらいで落ち着くのかということまでたいへん気をもんだところですね。

新谷 改定率の決定に当たってはかなり課長はお忙しくしていたような印象を受けましたが、具体的にはどういったやりとりがあったのでしょうか。

佐藤 基本的には政府の予算の原案をつくるということですから、メインになるのは財務省であるし、特に財務省の政務三役ということになりますでしょう。そこに対

して厚生労働省の政務三役を中心とした厚生労働省が意見を言う、それに対して反論もあるでしょう、そういう意見のキャッチボールのようなものがあるわけですが、そうしたなかで私どもはあくまでも黒子ですから資料を準備したり、あるいは指示に従ってデータをつくると、そういったところが一番大変だったといえるのではないのでしょうか。

新谷 今回、かなり政務三役もいろいろ協力していただいていたというふうにはなっていますが、そのあたりはどうですか。

佐藤 いまの政権の考え方というのは言うまでもないことですが、政治主導ということですし、政務三役を中心とした強烈なリーダーシップでもって省全体の政策を引っ張っていくというのが根本でしょうから、この診療報酬改定、それから改定率の提示に当たっても政務三役の強烈なリーダーシップで物事が決定されていったというふうに考えます。

新谷 そして決定した改定率ですが、この率自体、課長はどうお考えですか。

佐藤 政治主導で行政を運営していくというのが現政権の方針ですから、そうしたなかで私ども役人が、改定率が十分だとかそうじゃないとか言う立場にはありませんが、ご存じのように10年ぶりのプラス改定だったということは関係の皆様からも一定の評価をいただいているのではないのでしょうか。

入院中心の改定と今後の課題となること

新谷 今回の改定率が提示された際には、入院と外来に分けて提示するということが珍しかったというか大きかったことではないかと思うのですが、そういった改定率の提示の仕方などについてはどのようにお考えですか。

佐藤 いまご指摘のあったとおりですね。いままでは、改定率というのはネットと言っていますが、薬価の切り下げがあり、技術料のアップなのかダウンなのかわかりませんが、技術料の改定率があり、そのトータルの改定率というもので示されて、そこから先の配分というものは厚生労働省であったり、中医協であったり、に委ねられていたのですが、今回は、注文がついたということがいえると思います。付帯的な意見といってもいいでしょう。それは先ほどから何度も言っていますように、配分の見直しであるとか、後発医薬品の促進であるとか、急性期を中心に約4千億円を配分せよと、かなり具体的な内容でした。さらに、ちょっと驚きであったのは、いま申しました急性期に約4千億円ということで、医科のなかの入院とそれ以外、つまり入院以外になるわけですが、その比が示されたら、この二点がある意味驚きでもあり、異例のことといえるのではないのでしょうか。

新谷 急性期に4千億円ということで、改定の中身も特に重点課題の救急、小児、産科、外科などを中心に配分されていたかと思いますが、改定の内容全体の感じはどう

でしょうか。

佐藤 いまもお話がありましたように、明確な方針はあったわけですね。入院中心だ、それも急性期中心だ、具体的には救急、産科、小児科、外科、こういったところに手厚く積んでいくんだという方針がある程度明確でしたし、またこれに対して私が理解しているところでは、患者・国民はもちろんのこと医療関係者もおおむねそういう方向なんだろうなというご理解を示していらっしやったと思います。そういう意味で方針が明確にされたことで、事務局としても、あるいは中医協の委員の皆様も議論がしやすかったという部分はあるのでしょうか。

新谷 外来のほうはいかがでしたか。

佐藤 ご存じのように、診療報酬というのは単純にいただいた財源を配分するというのではなくて、適正化とっておりますが、ある意味、削減をする、診療報酬の点数でいうと点数を下げるという作業を通じて、下げた部分を新たな財源にしてもうちょっと重点化したほうがいい部分あるいは充実したほうがいい部分に点数をつけていくと、点数を上げるという作業をしますので、単純にいただいた改定分だけではなくていってみれば適正化をした部分で充実をすると、こういう二つの作業もありますので、この作業をすることによって、外来も思ったほど厳しい改定にはならずすんだと言えます。外来のなかでも適正化できる部分もありましたから、適正化した部分でもって本来必要である部分につけていくという作業は一定程度できたのではないかと思いますね。

新谷 急性期のなかでも、今回勤務医の負担軽減というのが重点課題にありました。これは前回から引き続きということでしたが、今回の改定で特にできたらろうなということと、限界があるかもしれないというところがありましたら教えていただけますか。

佐藤 診療報酬体系あるいは点数表、こうしたなかで勤務医の処遇改善というものを重視して評価していくという取り組み、これが平成20年度の改定から導入されたわけです。当時は、入院時医学管理加算を含めた三つの診療報酬の点数について、この点数を算定するときには勤務医の処遇改善あるいは処遇改善計画をきちんと立てておくことという条件をつけまして、この点数が算定されるということにしたわけです。検証部会のなかなどで見てみましても、このやり方、この手法が完全に成功したといえるところまではいっておりませんでしたけれど、しかし診療報酬でできる範囲、あるいは診療報酬が及ぶであろう影響の範囲というふうに考えると、この手法をさらに拡大していくということが重要であろうということになったんだろうと思います。そうしたことから、数だけで申しますと、いま申し上げました前回は入院時医学管理加算を含めた3項目だったとすると、それを8項目に広げて、その8項目の診療報酬点数を取ろうとするとそれぞれごとに勤務医の処遇改善計画。しかもそれをもう少し具体的に決めていただくということを

要件にしております。こうしたことがもう少し現場で徹底をしてくると、期待もできるのではないかと私どもは考えております。ただ、最終的には処遇改善といましても、特に給与面などは、診療報酬だけで、個々のお医者さんやコメディカルの処遇改善、給与も含めた改善ができるというわけではありません。現場でも、今回の改定の成果を一体どうやって個々の職員の皆様に還元していくのかということをお各々の病院の問題としてとらえて対応していただきたいと思っておりますね。

新谷 今回、ドクターフィーの話もよく出ていましたけれども、それについてはどうでしょうか。

佐藤 私が記憶するところでは、中医協のなかでも何度もその話は出ましたけれど、やはり議論すべき部分がたくさんある、つまりもう少し時間をかけて実態を調べながらじっくり検討したほうが良いという意見が出たように思います。したがって、ドクターフィーというよりは、ドクターフィー的要素とでも申しましょうか、医師の能力とか技術の困難性とかそういったところに着目して点数をつけるということで、結論から言うとおそらく次期改定に宿題として残った部分かもしれませんね。

新谷 入院を中心にお話いただきましたが、外来のほうでは今回何かポイントになるようなことはありましたでしょうか。

佐藤 特に診療所の先生方に影響が大きかったものとしては、一つは再診料の病診統一というのがあるでしょう。それからもう一つはこれに関連して、地域医療貢献加算という点数の創設があるのではないのでしょうか。

新谷 地域医療貢献加算ですが、だいたい算定方法などが話題を呼んでいるようですが、算定方法のポイントなどを教えてください。

佐藤 おそらく多くのお医者さんがご心配になっているのは、電話等の対応というのは24時間365日なのかということだろうと思います。結論から言いますと、コアとなる時間は夜間の数時間、日付が変わらないくらいの感じでやっていただくということではないのでしょうか。他の時間帯というのは、ご自身だけでなく、他の職員の協力も得たりしながらやっていただければいいし、留守番電話なども使いながら連絡が取れる態勢というのをとっていただくということになるのだろうと思います。

新谷 最後になりますが、全体を振り返ってみて残った課題などがありますか。

佐藤 議論になったということであれば、診療報酬の地域差をどう考えるかという話がありました。ご存じのように診療報酬というのは、全国どこの地域で算定をしても同じ診療行為であれば同じ点数というのが原則ですよね。これに対して、最近医師不足であるとか看護師不足があるということから、山間僻地という言葉がいいのかどうか分かりませんが、地方で特にがんばっている、苦勞しているということに着目をして、点数差をつけてほしいという意見があったように思い

ます。ただ十分に議論する時間がなかったので次回以降の宿題として残りましたが、繰り返しになりますが、診療報酬が全国同一価格、もう少しいうと医師の能力も含めた個々のお医者さんの能力や努力の量をあまり考慮しない、医師それから地域の差を考慮しない一本単価であるということについては今後も議論が巻き起こってくるのではないかと考えております。

「総合メディカルマネジメント」

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