



発行所 新潟県医師会 新潟市中央区医学町通 2-13 TEL 025 (223) 6381

診療報酬改定までの動きと今後の方向

新潟県医師会 会長 渡部 透



診療報酬改定は、中央社会保険医療協議会(中協)ですべてが決まるのではなく、その意向、政府の諸会議の結果、省庁間(主に財務省と厚生労働省)の駆け引き、国会議員団の要請など複雑な流れの中で決まる。勿論、中協での前回の改定についての検証結果も参考にされる。そこで今回の診療報酬改定までの動きと今後の方向について簡単に記してみる。

そもそも診療報酬については、厚生労働大臣がこれを決定する権限を有してお

診療報酬の改定と 中型病院の苦悩

厚生連上越総合病院 院長 外山 謙二



人口密度の低い広大な面積の新潟県においては、病院の多くは中小規模である。二〇一四年度の診療報酬の改定は、二〇一三年八月の「社会保険制度改革国民会議」の最終報告書におおむね沿ったものであり、日本医師会は、急性期の病院や診療所を担う中小病院や診療所に配慮したものに転換し意義のある改革であったと評価している。これまで大病院と中小病院に分

ら始まった。そこでは段階的に消費税を含む税制の抜本改革を行うこととなった。そして民主党への政権交代後、平成二十四年二月には「社会保険・税一体改革大綱」が閣議決定された。六月には自民・公明・民主の三党合意がなされ、社会保険制度改革推進法案が衆参両院で可決された。それにより「社会保険制度改革国民会議」を設置することとなった。その基本的な考え方・国の責務として①自助・共助・公助を最優先に組み合わせること、②機能の充実と重点化・効率化を図ること、③年金・医療・介護は社会保険制度を基本とすること、④消費税・地方消費税収を充当すること等が挙げられた。

平成二十五年八月に出された報告書には、「病床機能報告制度」を早急に導入する必要性と「地域医療ビジョン」を都道府県が策定することが求められている。そして、診療報酬・介護報酬とは別の財政支援の手法が不可欠であり①医療と介護の連携と地域包括ケアシステムの構築、②大病院の外来紹介患者を中心とし、一般的な外来受診は「かかりつけ医」に相談することを基本とするシステムの普及、定着の必須化、③暫定的に一部負担(法律上二割負担)となつていく七十、七十四歳の医療費の自己負担軽減は止めることなどが記されている。

戦後のわが国の医療制度は、長期展望のない場当たり的な改革の繰り返りで、医療者はいつも裏切られてきた。介護保険制度の開始は確かに高齢者福祉の安定に繋がったが、もともと医療保険破綻回避の「その場のぎ」の政策であり、案の定はやがて医療保険の存続が危うい。国民会議の結論は、この医療と福祉の分離策を見直し、今一度医療、介護、予防を一体的に捉え直し、日本の将来の社会的保障の安定を図ろうとしたことにおいて意義深い。

小泉政策による医療崩壊の反省から二〇〇八年に自公政権は「社会保障国民会議」を立ち上げ、民主時代の「社会保障と税一体改革」に引き継がれ、二〇一三年八月「社会保険制度改革国民会議」で最終報告が出された。民主党政権下では、医師不足、看護師不足による医療崩壊に対し、急性期医療への手厚い政策があった。その結果思いのほか七対一病床が増加した。二〇一四年の診療報酬改定は、原則は国民会議の方針に沿ったものではあるが、実は安倍政権の思惑も入り実質大幅な減算となり、多くの病院が大打撃を蒙つ

ていた。今回の改定は、厚労省の失策(七対一病床の予想外の増加)の尻拭い、民主党政権への反動ともとれるのである。

急性期を指す病院にとつては、七対一入院基本料の算定見直し、厳格化が重くのしかかる。その中身は①特定除外制度の廃止、②重症度、医療・看護必要度の見直し、③自宅等退院患者割合(七十五%)、新設、④短期滞在手術の対象拡大と平均在院日数からの除外、⑤データ提出加算の届け出の要件化の五項目である。②の厳しい看護必要度や④による平均在院日数のハードルがクリアできず、多くの病院は七対一(一部十対一でさえ)が維持できず、新設の「地域包括ケア病棟」などのサブアキユート病棟への転換を迫られている。現時点では当院はクリアできている。現時点では当院は「国は七対一病床を三六万床から十八万床へ減らす固い決意であり、今後二段、三段のさらに厳しい改定が行われるだろうと推定する。しかし別の見方としては、増えすぎた不必要な急性期医療は、急性期医療に転換すべき要として、高集中度医療の絶対的必要性が減ると考えられる。二〇二五年までに急性期病床をあまりにも引き下げとなった。消費税増税は社会保険充実のためであったはずだが、このことに関して反故にされた。何のための消費税増税なのか理解に苦しむ。

勤務医にとつて留意して欲しい病院関係の改定内容については、別の執筆者が触れると思うので割愛する。ただ留意してほしいのは、病床機能報告制度がスタートする前に、病床区分を先取りするかのような報酬が組み込まれたことである。

今後、中協等で引き続き検討するとして主要な項目は、①初診料、時間外対応加算等についての推進について、②医療を提供しているが医療資源の少ない地域に配慮した評価の影響を調査・検証し、その在り方について、③療養病棟、障害者病棟、特殊疾患病棟等における長期入院も含めた慢性期入院医療の在り方について、④在宅医療の適切な推進と介護保険との連携についてである。

医師会としては、診療報酬が財政議論に埋没されないよう、また、政治に翻弄されないよう適切な理論構成の上で改定作業が行われ、論議の消費増税増分込まない課税制度に変更することを強く主張しなければならぬ。

急性に減らそうとすれば、再び医師、特に看護師の離職率が高まり、まず看護崩壊から始まり、医療難民の増大も招き、医療崩壊が再来すると予想する。

集団的自衛権に固執し、TPPや混合診療など経済界最優先で、国民のための真の社会保険など全く頭のない安倍政権が長続きするとは限らない。看護崩壊を契機にした医療崩壊が再来すれば、厚労省も拙速な急性期医療潰しの見直しを迫られる事になる。消費増税分の補填として新たな支援制度(基金)が考えられているが、その配分を決める「地域医療ビジョン」は地域そのものの責任といわれる。地域に根差した、地域に貢献し、地域に支持される医療機関のみが存続を許される時代なのだ。今、私たちは重大な岐路に立たされている。国民会議で示された「地域包括ケアシステム(ネットワーク)の構築」は急速に進む高齢化社会の安定的な社会保障持続の切り札であり、病院はただ受診する患者を診療するだけでなく、このネットワークの中核となり、リーダー、調整(コーディネーション)能力を発揮できることこそが生き残りを許されるのではないだろうか。

診療報酬改定で思うこと 高度急性期病院を目指して

新潟市民病院 副院長 山添 優



病院経営に影響する診療報酬改定は、経営陣には大きな関心事である。しかし、政策誘導が促される可能性が高い。当院は、「一貫して質の高い重症・専門・救急医療を目標にしてきており、「高度急性期」機能を目指していく方針である。「高度急性期」病院を目指すなら、質の高い三次救急を担い、重篤な患者を受入れる高度な医療を行い、在宅復帰の流れのなかで介護とも連携し、後発医薬品採用などコストも削減しなさい」というのが、国からのメッセージと捉えている。それには、七対一入院基本料、DPC、総合入院体制加算一、救急医療管理加算一が重要であるが、「総合入院体制加算一」については、「年間化学療法四千件(レジメン)」以上「の基準がクリアできなかった。全国で総合入院体制加算一を算定できたのは四病院程度しかなく、今後基準が変更されるかもしれない。

診療報酬改定のたびに右往左往しないように、医療機関は地域で必要とされる得意分野の医療を十分提供しつつ、制度改革の大きな流れを把握し、国の政策の方向性を見据えた体制を準備しておくことが重要である。

勤務医は、複雑な保険診療を全て理解する必要はないが、専門分野については十分情報を得る必要がある。また、保険診療ルールについては「知らなかったは通用しない」ことを肝に銘ずる必要がある。医療秘書等を活用しての医師の負担軽減は有用であるが、医師にしかできないことについては手順を明確化して保険診療に協力すべきである。

レセプト電子化とDPCの制度で医療内容は丸裸にされ、そのデータ目を基に都道府県ごとの医療費支出目標を設定することが検討されており、今後医療費抑制政策が次々と打ち出されると予想される。豊かな高齢化社会を目指すのであれば、無駄を省き効率化を行っても必要な社会保障費は確保されるべきであり、単なる医療費削減ありきの政策は、社会の不安定化を招きかねない危惧している。

診療報酬改定と 二〇二五年問題

済生会新潟第二病院 院長 吉田俊明



二〇一三年療ビジョンの策定に続いてゆくこ
八月六日、社
会保障制度改
革国民会議が
報告書を発表
しました。そ
の「医療・介
護分野の改革」の中で、少子高齢
化社会を迎えている日本で、患者
が病態に見合った適切な医療を継
続して受けられるように、以下の
提言をしています。

① 医療資源を集中的に投入した
急性期病院は効率的な短期間の入
院治療を行う、② 亜急性期・療
養病床は急性期病院の受け皿とな
り、早期に在宅医療・在宅介護へ
の移行を目指す医療を行う、③
診療所はかかりつけ医として地域
のネットワークの中で有効に機能
する、④ 患者に大病院志向を改め
るよう、受療行動の変化を求める。

この社会保障制度改革国民会議
報告書が起点となって今回の診療
報酬改定があり、今後の地域医
療改革の流れ

特定機能病院の承認 要件の見直しについて

新潟大学 医歯学
総合病院 院長 鈴木榮一



この度の診
療報酬改定で
は、七対一入
院基本料につ
いて以下の
ような見直し
が行われた。

① 特定除外制度について、平成
二十四年度診療報酬改定で見直し
を行った一三対一、一五対一の
一般病棟入院基本料と同様の見直し
を行う(一〇対一入院基本料等)
についても同様の取扱い。② 一
般病棟用の重症度・看護必要度
について、名称と項目内容等を見
直しを行う。③ 自宅・住宅復帰機
能を持つ病棟、介護施設へ退院し
た患者の割合について基準を新設
する。④ 短期滞在手術基本料三に
ついて、対象の手術を拡大し、検
査も一部対象とする。また、本点

れの中で迎えた今回の診療報酬改
定は二〇二五年の改革シナリオ
を推進する第一歩となるべきもの
でしたが、内容をみると二歩も三
歩も進んだものでした。高度急性
期と一般急性期を分ける手段とし
て、① 七対一看護基準を満たす要
件の見直し(要件の強化)。② 特
定集中治療室の要件の見直し(人
的資源の配置と高い重症度の患
者)。

このように診療報酬改定は、以前
よく耳にした社会的入院などは認
められようもなく死語となるでし
ょう。また効率的のみが優先され
る診療は患者にとって窮屈なもの
に映るかも知れません。また、医
療施設を退院した患者の受け皿と
して、介護施設や福祉施設を充実
させることも必要です。医療・介
護の連携が今以上に重要となりま
す。

診療報酬改定に対する地域医療
病院のいくつかの対応について考
えてみました。

診療報酬改定に求められる地域医
療病院のいくつかの対応について考
えてみました。

診療報酬改定をめぐって 地域医療病院の対応

新潟県立柿崎病院 院長 藤森勝也



消費税増
八〇%の場合、A項目一五%以
上を満たすには、五五×〇・八×
料、医薬品
〇・一五七人以上のA項目該当
購入費の増
者が必要) してはどうかと考えま
す。

次に急性期病棟で九〇日を超え
て入院する患者は療養病棟と同等
の入院料算定または出来高算定
で平均在院日数の計算対象になる
ことに対応しなければなりません
(特定除外制度の見直し)。さら
にこれまで亜急性期入院医療管理
料を算定していた病院も多かった
と思いますが、地域包括ケア入院
医療管理料または病棟入院料(相
対的に高い報酬水準、将来的には
基準の見直し、報酬の引き下げが
予測される)に移行することが求
められます(しかし容易に算定で
きる要件でない)。加えて、七対
一急性期病棟では高い在宅復帰率
(七五%以上)が求められるため、
そこからの受け皿としての地域包
括ケア病棟をもつことが要求され
ることでしょう。ここで問題な点
が、理学療法士などのリハビリス
タッフの専従化、一人当たり一日
平均二単位以上のリハ提供(土日、
祝祭日含む)、レセプトデータ提
出の義務(要件)化(診療内容透
明化)、点数包括化に対する積極
的後発医薬品導入などです。実は
リハビリスタッフの少ない県立病
院では、大変対応に苦慮しており
ます。合わせて、短期滞在手術基
本料も見直し、平均在院日数の
計算対象から除かれたことから、
今以上に平均在院日数の短縮
への取り組みが必要になっていま
す。

もう一つは、来る超高齢化社
会での在宅介護者数三五〇万人な
どの試算に対応するため、在宅医
療へのアクションをおこすべきと
考えています。ですが、在宅療養
支援病院(在宅病)は、地域の救
急病院として当直医を配置しなが
ら、二十四時間往診可能、訪問看
護可能な体制を確保しなければな
らないという算定要件の高い高い
ハードルがあり、医師数全国四二
位、看護師数全国三〇位の新潟県
では、難しいと言わざるを得ませ
ん。

「診療報酬改定」の重点課題は
入院医療・外来医療を含めた医療
機関の機能分化と連携であり、在
宅医療を充実させることです。団
塊の世代が要介護状態となっても
地元で自分らしい暮らしを続ける
ことができるよう地域包括ケアシ
ステムを実現させたいといわれる
と、つい応援したくなってしまう
ます。しかし、各先生方の意見は
必ずしも肯定的なものだけではな
く、批判的な意見や将来を心配す
る意見などさまざまに述べられ
ています。立場は異なりますが、
患者、病院職員を思いやる先生方
のご意見を是非味わって下さい。
(梨本)

編集後記

今回の診療報酬改定は、地域
医療・介護統合確保推進法(H
二十六年五月十七日衆院本会議可
決)に基づくもので、今後十年で
医療及び介護の面整備を地域単位
で進めるという方針に沿ったもの
です。まとめるとそのポイントも、
「高い急性期度」の要件で算定が
限定され、医療機器・設備も必要、
「在宅復帰機能強化」は「手厚い
職員配置」「職員増員の必要性」
につながり、算定が限定され減収
人件費、経費の負担を強いる厳し
いものになっていくのです。入院
期間を短縮しながら、病床利用率
を保てるだけの新入院患者を確保
できるのか、たいへんな状況です。
経営が安定しなければ、地域医療
は提供できず、崩壊します。地域
医療が崩壊すれば、基幹病院にそ
の影響が波及(破綻した地域の患
者が集中し機能低下)し、総崩れ
になるでしょう。