

# 指標

## 波紋を呼ぶ平成26年度 診療報酬改定

－医療機能の分化と重点・効率化、厳格な算定  
基準と減算、消費税アップによるトリプルパンチ－

副会長  
小熊 豊

### はじめに

平成26年度診療報酬改定が公表、施行された。この原稿を書いている時点ではなお不明な点もあり、詳細は今後の厚労省からの告示や通知を待たなければならぬところもあるが、多くの医療関係者はこの改定を厳しいと感じ、自院の今後の診療体制のあり方に悩まれているのではないかと思う。

本改定はoutcomeを重視し、医療の質の向上を目指して医療体制や人員配置、診療内容などに厳しい算定基準を設定しているが、地方の過疎地で自治体病院を管理している筆者にとっては、副題に示した通りのインパクトに見舞われており、現場の実情との間のギャップに少なからぬ困惑を隠しきれない。都市部に比べ人材不足、施設整備の不足、遅れが目立つ地方では、病院機能を効率的に分化し、シームレスな連携体制を組むことは簡単ではなく、本改定の算定基準をクリアし実績を積み上げることは決して容易なことではない。基準をクリアできなければ減算される項目も多く、そのような場合は経済的、経営的に逼迫し、今以上に地域医療の確保に苦悩することになる。特に200床前後の基盤整備の遅れた地方の中規模病院にとっては、今改定内容は厳しいのではないかとと思われる。また、診療所、100床以下の小規模病院にとっても、今回提示された厚労省の主治医機能、在宅医療の考え方はハードルが高く、地域包括ケアの中核をなすと思われるこれらの医療機関にとって、難しい課題が投げかけられたのではないかと危惧される。

診療報酬の改定の詳細については、北海道厚生局の各地での説明会や各種講演会で既にお聞き及びのことと思うし、北海道医報4月号でも長瀬会長、橋本常任理事・医療保険部長が報告されているので、本改定の総括的な問題、課題について、筆者の感ずるところを記してみたい。

### 改定の経緯と本改定を取り巻く課題

急激に進行する人口減、少子高齢化、国の財源不足と社会保障費の増大、地域医療の崩壊の危機などを踏まえて、社会保障と税の一体改革を進めるために、医療提供体制のあり方、社会保障制度の改革等が、当初社会保障国民会議で検討された。2012年には3党合意で社会保障制度改革推進法が成立し、この法案に基づき社会保障制度改革国民会議が設置され、報告書が昨年8月に提出された。12月には社会保障制度改革プログラム法が成立、現在は医療・介護総合確保推進法案が一括して国会に提出され審議されている。

一方、本年4月から消費税が8%にアップし、来年10月には10%への引き上げが予定されている。消費税アップ分については今回は診療報酬で対応し、10%時には別途考慮するとされており、消費税アップ分は社会保障の充実のために目的税化することが謳われているが、今のところは現状制度の維持に大半が使われ、掛け声に比べて実効性に欠ける印象を受ける。

現在の自民政権下では、経済財政諮問会議、財政制度等審議会、規制改革会議や、社会保障制度にかかわる特命委員会等が設置され、医療を巡る規制（岩盤規制）改革や皆保険制度、保険診療と保険外診療の問題、医療費の削減などが執拗に検討されている。消費税アップに際して安倍首相は、国民にできるだけ負担が及ばないように配慮して診療報酬を決めたいと述べ、財政制度等審議会で財務省は、平成26年度改定はマイナス改定とすべきで、薬価等の改定で生じた財源を診療報酬本体の補填に充当することはありえないと主張、財務省、一部の閣僚サイドでは、今回決着した率よりはるかに大きなマイナス改定を考えていたと聞く。結局こうした流れに乗り、12月20日に閣議で診療報酬改定率が決定され、本年2月12日に答申がなされたことは、ご承知のとおりである。

時間がないという理由で消費税のアップ対応分は今回もまた診療報酬で補填し、抜本的な税制改革は先送りされたが、同じことが10%アップ時に繰り返されることのないよう強く望みたい。また、自民党議員320名が集まり国民医療を守る議員の会を結成、適切な財源を確保しつつ、医療水準の向上や地域医療の再生を図り、国民の期待に応える医療を実現していく、と決議されたが、この会に参加した心ある議員の多くの方々も、消費税アップ対応分を組み込んだ見せ掛けの+0.1%という数字に惑わされ、実質は-1.26%であることをごまかされたと筆者には思えてならない。正しい医療情報を迅速に入手し、関係者と一体となって活動していくことこそ、今後の医政活動の大きなテーマではないかと考える。

## 本改定の骨子と特徴

平成26年度診療報酬改定は前述のような状況のなかで方向付けられ、社会保障制度改革国民会議の基本方針と重点課題、内閣の決めた改定率に沿って策定されたことは言うまでもない。団塊の世代がすべて後期高齢者に入る2025年に向けて、病床機能の報告制度と地域医療ビジョンの策定という政策的、法的手段と、診療報酬による経済的手法を組み合わせ、医療提供体制の改革を急ピッチで強力に推し進めようとする意図が読み取れる。また従来のstructure評価から、outcome, procedure重視に転換しようとする考えが盛り込まれており、まさに医療における平成の大改革の始まりと言えよう。今改定では財源不足のために医療提供側に多大の負担を強いることになり、そういった意味では機能分化、効率化、連携、適正化という名のもとでの医療費の圧縮、診療報酬の引き下げと言い換えてもよいと思うが、そのことを国民、我々と一体となるべき議員の方々等が正しく理解していないと考えると、誠に残念としか言いようがない。

本改定には、8つの特徴的と言える事項があるように思う。

- 1) 消費税アップとの同時改定で、診療報酬対応(1.36%)
  - 2) 医療提供体制改革のための基金の創設(904億円)
  - 3) 薬価、材料費の減額分を診療報酬本体に充当しなかったこと
  - 4) 病床機能の明確化と入院・外来機能の分化・連携
  - 5) 7:1病床の削減、受け皿機能を有する地域包括ケア病棟、在宅医療後方支援病院等の設置
  - 6) 在宅医療、主治医機能、地域包括ケアの重視と有床診療所の見直し
  - 7) 各種算定基準のハードルの高さと減算項目、DPC関連の見直し
  - 8) 認知症対策を含めた精神科医療の重視
- である。そのうち何点かの項目につき、概略と筆者個人の感想を述べてみたい。

## 1) 消費税8%アップと診療報酬の関係について

表1に筆者が所属する砂川市立病院の控除対象外消費税(損税)の現状を示す。我々自治体病院では、収益的収支(3条)と資本的収支(4条)に会計を分けて計上することになっており、前者では診療収支、減価償却費等を、後者では建物、医療機器等の資産収支が計上される。従って損税は、収益的収支では医薬品、医療材料の購入、委託費等の支払いの際に発生し、資本的収支では建物の建設、修理や医療機器の購入に際して発生することになる。表1から分かるように、収益的収支に伴う損税は消費税5%の時点で年間およそ2億円弱と比較的一定であるが、資本的収支では年度によって大きく異なる。新病院建設時は5億円弱と巨額になり、医療機器購入、更新が少ない時は4,000万円と減っている。このように損税が高額なのは、過去の消費税アップに伴って設定された2回の診療報酬対応がいかに杜撰で、なし崩し的に破棄されてきたかを物語っている。今回の改定では、大型機器購入や建物建設、改修時の消費税は診療報酬対応分から除外され、専ら収益的収支に伴う損税分のみ補填がされている。消費税3%アップ対応分として策定された初・再診料、入院基本料の引き上げ分を試算すると、およそ4,000万円前後の増収となるが全く不十分であり、資本的収支分と併せて益々損税が重くのしかかり経営を圧迫することになる。先にも述べた通り、消費税10%アップ時には別途対応を考慮するとされ、抜本的税制改革の実行が強く望まれるが、消費税対策として課税、非課税、ゼロ税率、軽減税率、還付方式などさまざまな方法が提案されており、今後どのように決着するか注視しなければならない。少なくとも時間切れ、現状維持だけは避けなければならない。また、アベノミクスによるデフレからの脱却、労働者給与の引き上げ、消費者物価の2%上昇を目指すなら、何故公定価格であり、最も容易に、確実にその政策に貢献できたであろう診療報酬を2%上げなかったのか、消費税アップ、円安、重油、電気代高騰、人員不足等々に苦しむ筆者にとっては、納得がいかないところでもある。

表1. 砂川市立病院 控除対象外消費税(損税)の推移

(単位:千円)

	H24年度	H23年度	H22年度	H21年度
収益的収支 (3条)に係る 控除対象外消費税額	196,290	191,963	199,844	170,554
資本的収支 (4条)に係る 控除対象外消費税額	42,412	129,025	494,041	197,670
合計	238,702	320,988	693,885	368,224

\*砂川市立病院 決算概数(簡略化)/一括比例配分方式採用

## 2) 基金の創設

社会保障制度改革国民会議の提言を受けて、診療報酬とは別に904億円の医療提供体制改革のための基金が創設された。904億円が果たして適当な額であるか否かは、今のところ分からないが、病床機能の分化・提供体制の改革、在宅医療の充実、医療従事者の養成・確保等の3つの事業、54の項目に2次医療圏を中心に使用してよいと聞いている。既にそのうちの300億円は都道府県の既成事業の継続のために使われるとも言われており、600億円を巡って今後全国で激しい争奪戦が繰り広げられることになる。先の地域医療再生基金では、公に圧倒的に基金が使われたことから、今回は民を重視せよという声を耳にするが、公も民もなく、優れたプランに充当して地域医療の継続、発展に有効に活用して欲しいと願っている。基金分配までの時間的余裕はなく、広大な地域にまたがる北海道で、人口減、高齢化、医師・看護師不足、偏在に苦しむ地域医療をいかに確保、持続させるか、真剣にプランを検討しなければならない。安倍首相は世界各国を訪問し、その度に1,000億円、2,000億円と巨額の援助を配っている。もし基金として904億円では不足となれば、自国の国民を守る医療のために、さらに増額を考えてもらいたいものである。

## 3) 薬価、材料費の減額分を診療報酬本体に充当しなかった暴挙

そもそも薬価、材料費は医療本体と表裏一体をなすものであり、従来は薬価、材料費の減額分は診療報酬本体に充当されてきた(表2)。それが今回は、医療費抑制策の一環として取り上げられたため、診療報酬本体の財源不足に直結してしまい、1.26%の

引き下げになったと考えざるを得ない。消費税対応の不備とともに、自民政権に対し強く抗議すべき事項と考える。医療提供側の経営が傾き、医療のさらなる崩壊が起きてから慌てても簡単には回復しないことは、前例をみても明らかである。今回の診療報酬の改定は、以前の小泉政権時の聖域なき構造改革、診療報酬ダウン以上の悪影響を及ぼす恐れがあり、今後の地域医療の改革、確保に暗雲を投げかけているように思えてならない。二度とこのような事態が起きないように、強く要望したい。

## 4) 外来、入院機能の分化と連携、7:1病床削減、地域包括ケア病棟等の設置、DPC関連の見直し等について

従来のウィングラス型と呼ばれる病床配置を改め、急性期7:1病床の削減、受け皿としての病床機能を増やすために、患者重症度の見直し、在宅復帰率のしぼり、特定除外制度の廃止、短期滞手術のDRG化、データ提出などを要件化し、地域医療包括ケア病棟を新たに設置した。中医協のデータから、これにより3割、9万床程度が7:1体制から移行すると考えられているが、7:1入院基本料の算定を取れなくなる医療機関は経済的打撃が大きく、混乱が生じることは必須と思われる。一方、看護師の配置に余裕が生じるケースも考えられることから、そのような場合には、地方の看護師不足対策の一環として何らかの施策につながらないか、推移を見守りたいと考えている。

地域医療包括ケア病棟は、OTなどの専従化、重症度、在宅復帰率などのしぼりが付いているが、当初厚労省が提案した亜急性期病床、全日病などで提唱した地域密着型病床の移行型とも捉えられ、私ども

表2. H24年度とH26年度診療報酬改定率の比較

	H24年度		H26年度			
			診療報酬実体分		消費税対応分	
診療報酬本体	+1.38%	+約5,500億	+0.10%	約400億	+0.62%	約2,600億
医科	(+1.55%)	↑	(+0.11%)	↑	(+0.71%)	×
歯科	(+1.70%)		(+0.12%)		(+0.87%)	
調剤	(+0.46%)		(+0.04%)		(+0.18%)	
薬価・材料価等	▲1.38%	▲約5,500億	▲1.36%	▲約5,600億	+0.73%	約3,000億
全体	+0.004%	—	▲1.26%	▲約5,200億	+1.36%	約5,600億

砂川市立病院では地域医療の特性から現在導入を検討している。注意すべきは10：1体制の2つの病棟から、1つを地域医療包括ケア病棟に、1つを7：1病棟に移行しようとしても、一旦両病棟を7：1に移行した後でなければできないことで、病室、廊下等の面積の問題、また、OTなどの専従化を考えると、地域医療包括ケア病棟内での病棟リハの施行条件が将来厳しくなる可能性を有していることと思われる。急性期型からケアミックス型への移行を考える病院には、在宅医療後方支援病院の基準と併せて是非検討すべき項目のように考える。

高度急性期を担う病院では、診療密度が濃く実績の高いところに新たに高点数の特定集中治療管理料、総合入院体制加算が設定された。しかし、総合入院体制加算などは、算定可能なところは全国で9ヵ所とも11ヵ所とも聞いており、まさに絵に描いた餅と言えるほどハードルが高い。特定集中治療、救命救急センター等にしても患者重症度などの見直しが行われ、対象疾患、治療施設の選別化が進むと考えられる。

DPC制度は、短期滞手術がDRG化され、包括点数、基礎係数の引き下げ、機能係数の項目追加、入院期間I、IIの短縮など多くの変更が行われた。既存の病院では軒並み係数がダウンとなり、新たにDPCに参入しようとする病院では、厳しい評価に泣いていると聞く。持参薬も問題視され、必死に効率化に努めてきた手術・処置等も減算となり、眼科、産婦人科等を中心に混乱と怒りの声があがっている。

従来特定機能病院、地域支援病院に限定されていた紹介率、逆紹介率による減算が、病床数500床以上の一般病院にも拡大され、初・再診料、30日以上の特化に係る薬剤料、処方箋料などが減額されることになった。いわゆる大病院の専門外来への特化を促す意図と思われるが、砂川市立病院では、救急、一般外来を問わず、住民が直接当院を受診せざるを得ない地域事情から、紹介率、逆紹介率を上げることが不可能であり、専門外来に特化する余裕はないため、506床から498床へ病床を減らすこととした。当市に限らず地域内の開業・入院施設が乏しく、急性期以降の受け皿となる病院、施設も少ないところでは、外来機能の専門化、紹介、逆紹介、シームレスな連携などは容易ではなく、逆にこのような地域では独居老人、老々介護が当たり前のところでもあるため、在宅への復帰も簡単ではないことを是非理解してもらいたいものである。

## 5) 主治医機能、在宅医療、地域包括ケアの重視と有床診療所の見直し

今回の診療報酬改定では、主治医機能の評価項目として地域包括診療料、地域包括診療加算が設定された。しかし、対象疾患が高血圧、糖尿病、脂質異

常症、認知症に限定され、算定要件として常勤医師が3名以上、在宅療養支援診療所、あるいは在宅療養支援病院であること、24時間の薬局対応などが求められている。全く地域の実情を無視した基準で、講演会での筆者の質問に対して厚労省保険局の宇都宮医療課長は、ハードルの高さを認めつつも今できることから設定し、将来につなげる期待を盛り込まざるを得なかった旨の発言をされた。ここでも財源不足のために、極めて限定された範囲、実質的には絵に書いた餅状態に絞り込まざるを得なかったと推測される。50床前後の小規模病院、診療所において、現に主治医として地域包括ケアの中心的役割を果たしている医師達にとって、極めて遺憾な内容となってしまった。将来にわたってこのような非現実的な、達成困難なものが、主治医機能としての評価基準になるとは思えないが、日医が従来提唱してきたかかりつけ医機能とも一部ニュアンスが違ったところもあり、認識を改めておく必要があるかもしれない。

在宅医療を巡っては、非常に真摯に取り組む医療機関の他に、不適切な対応を行ってきた例も混じていたことから、在支診、強化型の実績を評価し、訪問診療料などが見直しを受ける改定となった。在宅医療に、真正面から真剣に取り組んでこられた方々には、納得できないところであり、介護施設等への営利企業の参加なども問題視されているが、こうした一連の動きは、今後の在宅医療のあり方に大きな影響を与えるだけに、適切に対応が進むことを期待している。

有床診療所に関しては、北海道医報3月号の藤原副会長、4月号の長瀬会長の指標を参照していただきたいが、有床診療所は今後の地域医療にとって欠くべからざるものであり、その評価は一層適切にして欲しいと願っている。

## おわりに

今回の診療報酬改定にあたって、筆者の属する砂川市立病院の現状、さしあたっての対応を交えて、筆者が感じたところを述べさせていただいた。独りよがりになり、客観性に欠け、言葉足らずの点、耳障りで不愉快な点も多々あったかと思うが、お許しをいただきたい。

今回の診療報酬改定、今後の地域医療ビジョンの策定等を通じて、我々医療関係者にとって重要なことは、地域の中で自院が果たすべき役割、目指すべき目標をしっかりと見定め、そのために必要な機能、体制整備を行い、変化に適切に対処していくことだと思っている。地域に必要とされ、地域に貢献する医療を展開することが最も重要だと筆者は信じている。道医所属の皆様におかれても、真意をお汲み取りいただき、益々ご健闘、ご活躍いただけることを願って終わりとした。