

## 医政メモ Q&A

### 平成22年度診療報酬改定をめぐって

2010年度診療報酬改定は、社会保障審議会の医療部会と医療保険部会が昨年12月に取りまとめた「診療報酬改定の基本方針」に沿い、中央社会保険医療協議会が点数配分を決定し、本年2月12日に長妻厚労相に答申された。

**Q：社会保障審議会の基本方針と、それに對する対応は？**

**A：1. 重点課題** 救急、産科、小児科、外科等の医療の再建、病院勤務医の負担軽減

- ・救命救急センター、二次救急医療機関の評価

- ・ハイリスク妊産婦管理の充実、ハイリスク新生児に対する集中治療の評価

- ・手術料の引き上げ、小児に対する手術評価の引き上げ

- ・医師事務作業補助体制加算の評価の充実、多職種からなるチーム医療の評価

**2. 4つの視点** 充実が求められる領域の評価など

- ・がん医療・認知症医療・感染症・肝炎対策の推進、明細書の無料発行など

**3. 後期高齢者という年齢に着目した診療報酬体系の廃止**

- ・75歳という年齢に着目した診療報酬体系の廃止

**Q：では具体的な対応策は？**

**A：**これらの基本方針に沿った対応策として、救命救急センターや二次救急医療機関の入院料や管理加算の増額を盛り込み、さらには病院・診療所の連携による救急外来を評価し地域連携夜間・休日診療料を増額・新設した。またハイリスク分娩管理を評価し管理加算料を増額、緊急搬送された妊産婦の受入れも評価を高め、ハイリスク新生児や小児の救

急入院医療も評価し、管理料の増額や新たな管理料を定めた。病院勤務医の負担軽減対策としては、医師事務作業補助体制加算の評価の充実、看護補助者の配置の評価、栄養サポートチーム・呼吸ケアチームなど、多職種からなるチームによる取組を評価し加算を盛り込んだ。また難易度が高く人手を要する手術について増点し、小児に対する手術の評価が引き上げられた。そして患者から見てわかりやすい医療の実現として、原則として明細書の無料配布が義務付けられた。

**Q：これらの変更呈する評価は？**

**A：**実際に運用され、ある程度時間が経過してから評価はなされるべきかも知れないが、運用前の時点で幾つかの団体から評価が発表されている。日本病院団体協議会、日本慢性期医療協会、日本小児科学会、日本看護協会、全国回復期リハビリテーション病棟連絡協議会、全国有床診療所連絡協議会などは、一定の評価を表明している。改定は社会保障審議会の基本方針に則って行われ、その方針に沿った分野が篤く手当てされているので当然のことである。すなわち、救急医療に対する諸加算の増額、難しく高度な技術を要する手術の評価を高め、それを支え勤務医の負担を軽減するチーム医療等の評価、さらに後方を支える療養病床・有床診療所の評価、そして周産期・小児に対する救急医療の評価の引き上げ、さらに精神科医療・がん治療対策・リハビリテーション・医療と介護の連携などにも見直しが行われ、全てではないが評価が高められた。したがって関連のある分野、評価を篤く認められ高められた分野からは、今回の改定は、それなりの評価を得られて当然であろう。

**Q：**では今回の改定は全面的に評価し得るのか？

**A：**否、総合的にみると全く評価できないのではないかと評価が高まり増点された点だけをみると評価されるのかもしれないが、全体をみるとそうとは言えない。当初2010年度の総医療費は、0.19%（たかだか）のネットプラスとされ、長年のマイナス改定に比べれば評価すべきかと、と言われていたが、長期収載薬の追加引き下げ分の-600億円を加えると0.03%の伸びにしかならず、実質ゼロ改定と考えざるを得ない。その限られた総医療費の中で、篤く扱われ増点した分野があるとするれば、当然削られ減点された分野があるはずだ。それが診療所の再診料だろう。救急医療・勤務医の待遇改善を図るために、どこからか財源を持ってこなければならぬ、それを診療所の再診料に求めたという図式は、厚労省がいくら否定しても明白だ。小中規模の病院との再診療の差を無くすため、というのなら病院再診料を引き上げて同額にするのが正しい筋ではないか？診療所は今までと同じように粛々と毎日の診療を繰り返して行くのに、その評価が下げられるというのは全く理にかなわないことではないか？私が患者なら、窓口負担がほんのわずかなることよりも、診察料が下げられて値引き診察、バーゲン診察をされるような感を持ってしまうことの方が、釈然とせず後味悪く感じてしまいそうだが…さらにこの再診療引き下げの根拠とした材料に、開業医は儲け過ぎ、という悪意に満ちた考えが見え隠れしている。その根拠としたデータと思われるのが「医療経済実態調査」の結果と思われるが、これは開業医においては、ただ単に収支差額を示しているにすぎない。この額が、あたかも開業医の可処分所得であるかのように発表すること自体が、非常に恣意的・作為的であり、憤りを禁じ得ない。更に、我々は決められた療養規則に則り、決められた診療報酬に沿って請求し

収入を得ている。それぞれの努力で、診察時間を延ばし、より多数の患者さんを診療した結果、ある程度収入が増えることのどこに非があるというのか！そして事業仕訳の場や、一部（財界の意図を反映している）報道機関などでも、この誤った報告をもとに、開業医は儲け過ぎだ、と喧伝されている。ならばこれらに尋ねてみたい。日常の我々の仕事を見ていただき、我々にふさわしい収入はどれくらいなのかを…決められた規則を遵守し、決められた診療単価で、それを積み重ねることによって努力している我々にとって、今回の再診療引き下げは、実に理不尽な所業と考えられる。それを補填することのできる地域貢献加算が新設されたじゃないか、と厚労省は言っているが、算定基準が非常に厳しく、そもそも厚労省自体が初めから、算定する施設は3割程度と読んでいるようであるので、医療費削減目的の施策であることは明々白々である。そもそも現与党が掲げていた、総医療費を対GDP比OECD加盟国平均まで引き上げるといふ政策は、いったいどこへ行ってしまったのだろうか？この政策を信じ期待して、昨年の選挙時に民主党に与した我々の仲間もたくさんいたのではないだろうか？去る2月26日、鳩山首相は「（この方針は）努力はするが、4年間でと確約できるとは必ずしも限らない」と何とも回りくどい言い方で答えている。この答弁は「できない、しない」と言っているのと同じに聞こえてしまうのは私だけだろうか？首相の答弁を待つまでもなく、この程度の改定を何回繰り返しても、目標が達成される訳がないことは明白である。国民の命を守ることに全力を捧げる覚悟なのだとしたら、ブレア政権下のイギリス並みに思い切った政策転換と財政投入を計らなければ、これ以上の医療の崩壊を食い止めることは困難ではないだろうか？イギリスのようにまでは崩壊していない、今の内に…

（政策部担当理事 曾根崎 聡）