

診療報酬の引上げとともに患者窓口負担の大幅軽減を（医科）

2014年2月12日

全国保険医団体連合会

副会長 武村 義人

1 国民医療に対する国の責任を放棄するに等しい診療報酬マイナス改定

昨年発表された医療経済実態調査結果では、保険診療収益の比重が低下する一方で、自費診療と診療以外の医業収益が伸びており、保険診療以外の収益へ依存せざる得ない構造となっていることが分かった。

「医療機関 MEDIAS」でも、1施設当たり医療費の対前年比が大きく低下し、受診延べ日数の伸び率も悪化しているなど、患者の受診減があらわれている。医療そのものにかかりにくくなっている実態が浮き彫りとなっている。

このような実態にもかかわらず、2013年12月20日、田村厚生労働大臣と麻生財務大臣は、2014年度の診療報酬改定率について、薬価・材料価格の引き下げ分を診療報酬本体の引上げに振替えることをせず、総枠マイナス1.26%（消費税対応分は除く）で合意した。これは、医療費の自然増すら認めないとする財務省側に押し切られたも同然の結果であり、容認できるものではない。また「うがい薬の保険外し」が盛り込まれたことは、中医協での反対意見にもあったように、保険給付範囲の縮小、国民皆保険を崩壊に導く突破口を開くものであり問題である。

2002年以降4回のマイナス改定によりもたらされた医療崩壊は、前回、前々回程度のプラス改定ではなんら解決していない。にもかかわらず再びマイナス改定を断行することは、国民医療に対する国の責任を放棄するに等しい行為である。保団連は、同日会長声明を発表し、地域医療を守る立場から「政府の診療報酬実質マイナス改定の合意に断固抗議」し、実質的な診療報酬プラス改定及び患者窓口負担の軽減がどうしても必要であると改めて表明した。

また田村厚労相は専門誌のインタビューで「本体プラス0.1%では足りない部分を基金で対応する」と、あたかも基金が診療報酬を補うもののように述べたが、医療提供体制再編推進等の政策誘導の目的のために使用される危険性が大きい。社会保険医療を充実させるためには、診療報酬本体の引き上げが必要である。

2 基本診療料の引き上げは、損税負担の補填に過ぎない

一方、消費税増税対応分は厚労相の要望通り1.36%上乘せしたことで、消費税引き上げ分があたかも手当されたかのように報道されている。しかしこれまで消費税引き上げの度に診療報酬に織り込んだとされながら、前後して行われる実質マイナス改定によって雲散霧消し、医療機関にその実感が無いのと同様に、今回も本体マイナス改定に相殺され、消費税増税分の損税は実質的に医療機関が被ることとなるのは明白である。

また消費税率8%への引き上げに伴う2014年度診療報酬改定で行う補填は、

医科診療所では初診料 12 点増、再診料 3 点増とし、有床診療所の入院基本料を 2%程度引き上げること、病院も初・再診で同じ点数を引き上げ、残りの財源で入院料を上げることとされた。見かけは初・再診料、入院基本料の引上げであるがあくまで、増える損税負担の補填にすぎないこと、本当に消費税損税の補填に見合った点数なのかの検証が必要であることを忘れてはならない。

保団連は消費税増税の中止、ゼロ税率など患者に転嫁しない方法での損税解消を改めて求めるものである。

3 2014 年診療報酬改定で狙われていること

今次診療報酬改定で狙われているのは、社会保障と税の一体改革方針のもとで社会保障国民会議報告書が打ち出した安上がりな医療・介護の供給体制作りをめざした「病院完結型から地域完結型へ」の転換を一層促進することである。

入院では、①7対1入院基本料の要件厳格化（在宅復帰率とデータ提出加算の要件化、短期滞在手術等入院基本料3を平均在院日数から除外、看護必要度の要件強化など）によって7対1入院基本料を9万床削減、②難病や重度肢体不自由者等への入院医療が確保できるよう実施してきた平均在院日数適用除外を廃止、③短期滞在手術基本料3の完全包括点数化などが実施される。

これらが実施されれば、多くの入院難民を生み、重症患者を療養病床や在宅で対応せざるを得なくなり、地域医療の現場に新たな矛盾を生むことになる。

外来では「外来の機能分化の更なる推進」をはかるとして「主治医機能」を持った中小病院や診療所の医師が、複数の慢性疾患を持つすべての患者に対して、患者の同意のもとで「継続的かつ全人的な医療を行う」評価として、地域包括診療料、地域包括診療加算の新設が打ち出された。これは社会保障改革プログラム法で「外来受診の適正化」として掲げられた、医療費適正化方針の具体化である。ほぼ1医療機関の一人の主治医が、当該患者が受診する全ての医療機関を把握し、処方されているすべての医薬品を管理するなど、2010年改定で廃止となった「後期高齢者診療料」と同様に、登録医制導入を意図し、ゲートキーパーとしての役割を医療機関に担わせる狙いがある。また点数に包括される内容によっては、患者のフリーアクセスを阻害する危険性が高い。このような診療報酬による政策誘導を強引にすすめるなら、医療現場に混乱を引き起こしかねない。

また維持期のリハビリテーションについては、平成 27 年度末までの期限付きで介護保険への移行が延期されたが、脳血管リハの算定要件に、介護保険の通所リハ等の実施実績がない医療機関が算定する場合は減算されるなどのペナルティーが導入された。そもそもリハビリは医療保険で給付されるべきであり、このような移行促進措置の実施はやめるべきである。

在宅では、同一建物の概念を在宅時医学総合管理料へ導入した。しかし点数の趣旨は、「患者毎に総合的な在宅療養計画を策定し、それに基づいて必要な在宅医療を提供していくこと」であり、同一建物の概念とは全く関係が無く不合理である。また施設等への訪問診療の規制がさらに強化される。今後ますます高齢化が進む中で個人宅での在宅療養には限界があり、サービス付高齢者専用賃貸住宅(サ

高住)等が増加する中で、十分な医療が提供できる診療報酬での手当が不可欠であり、診療報酬による規制強化ではない、抜本的な対策を強く求める。

4 消費税増税中止と地域医療再建を

政府は、医療をはじめ社会保障財源を消費税増税でまかなうと言ったが、実際には大企業の法人税引き下げ、社会保障給付のさらなる削減、患者・国民へ費用負担を押しつけるなど、国民を欺く内容であることが明確となっている。これでは「医療崩壊」のさらなる促進は必至である。

進行する「医療崩壊」にストップをかけることは国民的課題であり、地域医療にとって重要なことは診療報酬の底上げである。次の改定を待たずに早急に補正予算など必要な対応を行い、診療報酬の大幅引き上げを行うよう強く要望するとともに、社会保障と税の一体改革方針の撤回を求めるものである。

保団連は、必要な医療が提供できるよう、診療報酬引き上げ・改善と患者窓口負担の大幅軽減を求めて医療関係者、患者・国民とともに奮闘するものである。

以上