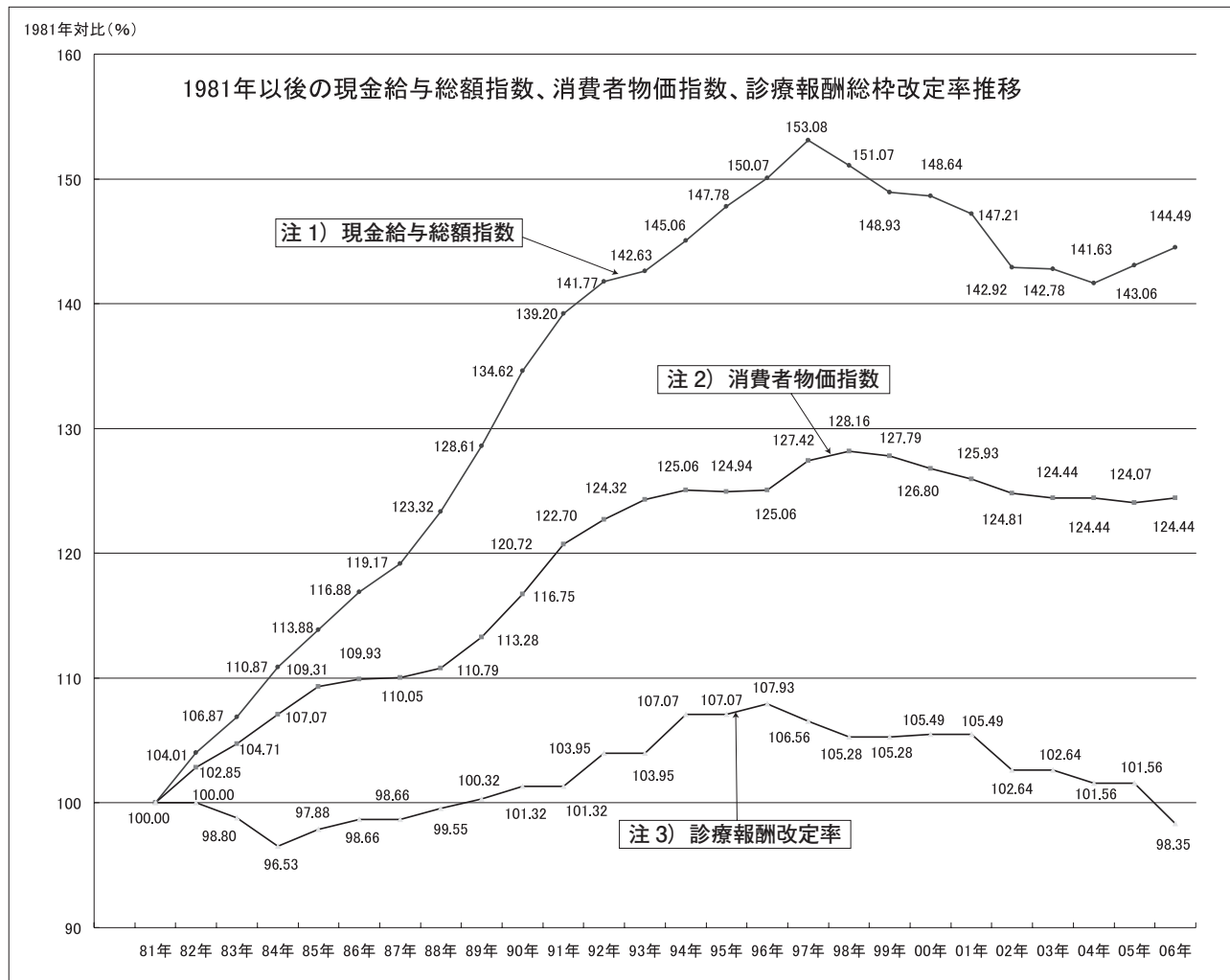


I 2006年診療報酬改定の問題点（何が行われたのか）

1 3回連続のマイナス改定

1980年代以降、政府の公的医療費抑制策が顕著になってきました。1981年を100とした場合の現金給与総額指数（30人以上で一般・パートを含む）は2006年には144.49%となっており、消費者物価指数は124.44%になっていますが、診療報酬総枠改定率は、98.35%にまで落ち込んでいます。（下図参照）



注1) 独立行政法人「労働政策研究・研修機構」HP（労働統計データ検索システム）毎月勤労統計調査（30人以上、一般・パート）

注2) 総務省統計局消費者物価指数年報（平成15年）より作成

注3) 厚生労働省発表改定率より作成

特に2001年に発足した小泉内閣のもとで、2002年（▲2.7%）、2004年（▲1.05%）、2006年（▲3.16%）に行われた3回連続のマイナス改定によって、必要な機材・機器の更新さえもままならない状況を生み出しており、医師不足・看護師不足による医療提供体制の崩壊もおきはじめています。

2 医療保険だけでは治療が完結しない事態に

国民皆保険制度を支えるためには、原則として、①保険料が過重負担ではない、②受診抑制にならない程度の利用者負担（無料が望ましい）、③全ての医療行為が保険で給付されることが必要です。

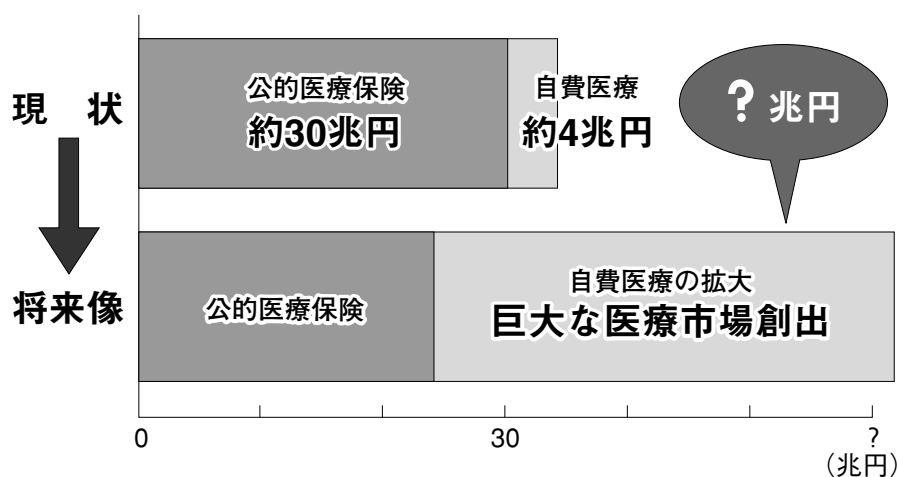
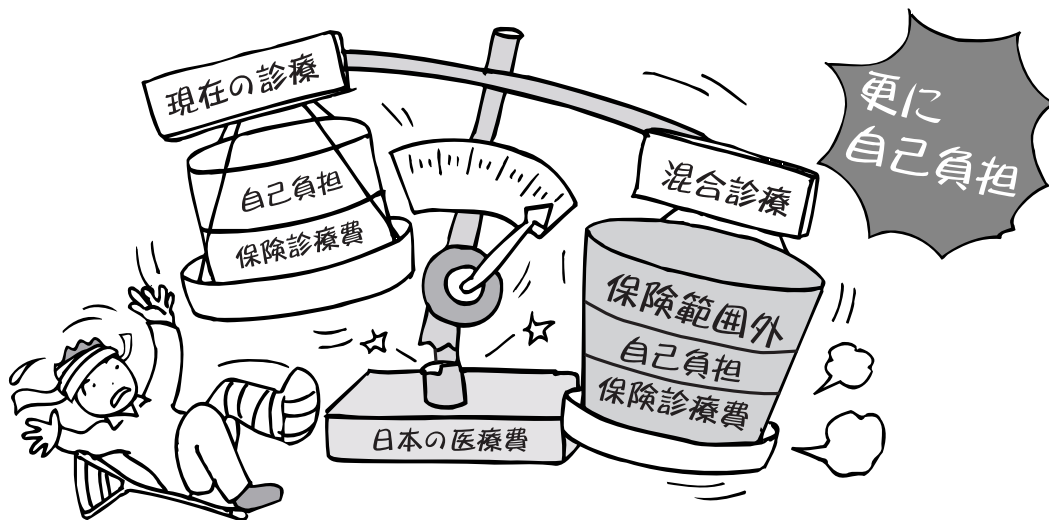
このうち、保険料や利用者負担については、国会審議を踏まえて改定されますが、保険給付の範囲や値段については、厚生労働大臣の告示によって改定されます。

これまでも、保険外併用療養費の対象として「金属床総義歯」「200床以上病院の紹介なし初診料・再診料」「180日を超える入院」「制限回数を超える医療行為」等は、保険給付の外に追いやられ、医療保険の範囲だけでは治療が完結しない事態が拡大されてきました。

2006年の診療報酬改定では、これらに加えて、①疾患別リハビリテーションに日数制限が導入され、必要なりハビリテーションが医療保険では最後まで提供できない、②療養病床に入院する「医療区分1の患者（厚生労働省の定めた基準で医療必要度が低いとされた患者）」は、採算があわない診療報酬に引き下げられたため、医療機関の経営ができず、その結果、患者が入院しつづけられなくなったり、病床閉鎖が生じています。

また、2006年10月には、療養病床に入院する70歳以上の高齢者について、入院時食事療養費が廃止されて、食費・居住費が大幅に自己負担化されました。

このように、保険給付の範囲を変更するという重大な問題が、国会審議も経ないままに実施されたのが2006年改定です。



3 崩壊する歯科医療

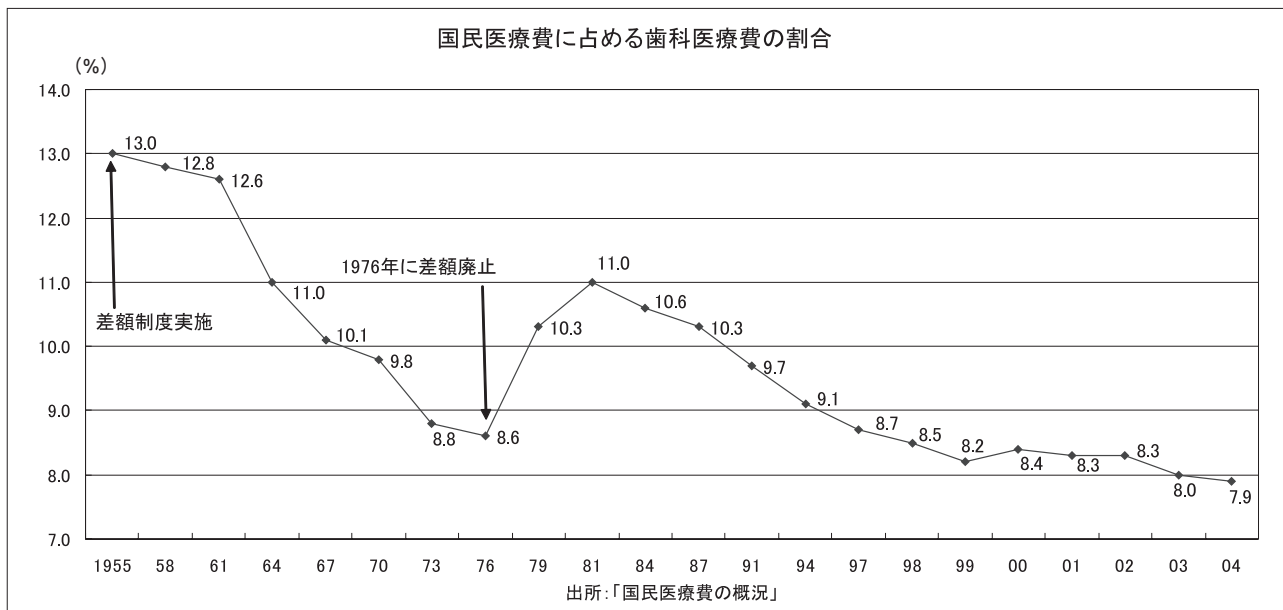
「国民医療費に占める歯科医療費の割合」は、1955年の13.0%から2004年には7.9%にまで引き下がり、長年にわたって非常に厳しい経営状況にさらされています。

主要な原因は、医科に比べて低く評価されてきた診療報酬にあります。

初診料、再診料は、1988年までは医科歯科同額でしたが、その後、医科・歯科の初診料と再診料は、大きな格差がつけられてきました。

現在、医科の初診料は、病院・診療所とも2700円ですが、歯科の初診料は、1800円です。また、医科の再診料は、病院（一般病床200床未満）570円、診療所710円に対して、歯科は380円です。

患者さん1人当りの診療時間は、医科に比べて歯科が何倍もかかるのに、診療報酬は逆転しており、2006年改定でも医科との差は放置されたままです。



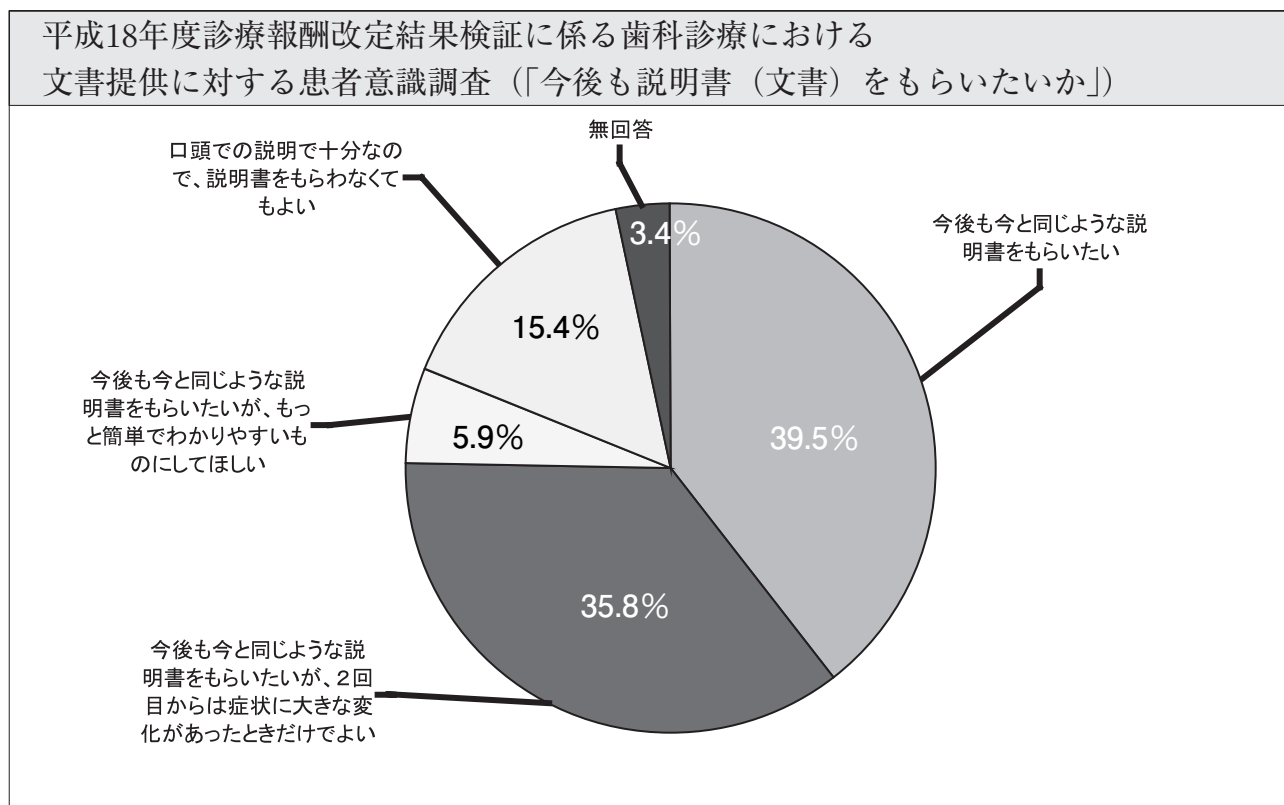
また、2006年改定で、歯科では患者への文書作成等が義務付けられ、膨大な事務をこなさなければならなくなりました。

中医協総会に報告された厚労省調査でも、歯科診療所で文書作成に費やされた時間は、1日当たり30.53分であり、総診療時間の8.9%に及ぶ結果が示されました。

平成18年度診療報酬改定結果検証に係る歯科診療における文書提供に対する患者意識調査						
2007年5月16日 中医協総会報告資料						
		全体 (n = 783) 47は無効	診療所 (n = 495) 42は無効	病院 (n = 56) 3は無効	大学病院 (n = 224) 2は無効	不明 (n = 8)
1日あたり総診療時間 (分)	平均値	228.4	362.8	245.3	308.1	319.6
	中央値	360.0	398.3	317.5	300.0	319.1
	標準偏差	130.5	132.3	1477.0	102.0	143.8
うち、文書作成 に費やした総 時間数(分)	平均値	25.6	30.5	15.4	17.5	20.9
	中央値	19.0	22.7	8.6	13.2	15.0
	標準偏差	26.9	30.5	17.4	15.6	14.3

しかも調査は、2006年11月15日～21日の1週間の状況を調査したもので、再診患者に文書を提供するのは月初めが多いことから、報告書でも「調査期間を月初めに設定した場合には、実際の1日あたりの文書作成に要する時間は、この結果より多いものと考えられる」と注釈がつけられており、日本歯科医師会が行った同様の調査では、1日66分と報告されているなど、文書作成に費やされる時間は、さらに大きいことが予想されます。

一方、同調査で患者に対して「今後も説明書（文書）をもらいたいかな」を聞いたところ、「今後も今と同じような説明書をもらいたい」が40%で、「2回目からは症状に大きな変化があったときだけでよい」が36%、「口頭での説明で十分なので、説明書をもらわなくてもよい」が15%となっていました。



治療を進める上で、患者への説明と同意が重要であることは、いうまでもありません。しかし、文書作成の義務付けによって、「診察の時間がとれない」「患者に説明する時間がなくなった」といった状況がおきています。

これでは、本末転倒です。また、患者や病態によっては口頭での説明のほうが患者の理解も得やすく効果的な場合もあります。

これを改善するためには、①文書提供の一律義務化は撤廃する、②必要に応じて文書による情報提供を行った場合は、文書作成料を別に評価することが必要と考えます。

4 看護師不足をもたらした入院基本料の見直し

2006年の診療報酬改定では、看護師比率が4割を下回る場合には入院基本料が算定できなくなりました。また、これまでの看護職員配置を上回る7：1入院基本料を新設しました。さらに、複数夜勤体制が全病院に義務付けられる一方で、加算評価されていた夜間勤務等看護加算が廃止されました。

看護労働の改善は当然ですが、看護師不足が解決しないまま実施したため、看護師の争奪戦がはじまり、地方の病院や有床診療所（入院医療を行う診療所）では、看護師不足による病棟閉鎖がおき、地域から入院医療がなくなるという事態が広がっています。

政府は、欧米諸国と比べて病床数が多いと批判し、病床削減を医療改革の第一にしています。療養病床に入院する医療区分1の患者に対する診療報酬設定について厚生労働省の麦谷医療課長（当時）は「こんな低い点数だったら（病院から）追い出される、まさに意図的にそういう点数にしたんですよ」「家で死ねってことです」と述べています。看護師不足が広がり、病棟閉鎖が起きることについても、厚生労働省は織り込み済みだったのかも知れません。

果たしてこれで、良いのでしょうか。

日本は、欧米諸国と比べて人口当りの病床数が多いことは周知の事実です。しかし、問題は、病床数の多さが本当にいけないことなのかということです。

日本の病床数の多さは、日本の医療の歴史と特殊性に起因するものです。本当に日本の医療にとって病床数が多いのか、国民の医療と健康を守る観点から改めて問い直す必要があります。そして、何よりも、こうした突然の改定によって必要な医療が受けられない事態をなくさなければなりません。

2000年6月に、世界保健機構（WHO）が発表した「健康達成度の総合評価」で、日本は第1位にランクしました。分野別では、健康寿命（健康で自立して生活できる年齢）が第1位、平等性（治療にかかる費用に不公平はないか、患者の意志や立場が大切にされているか、施設は整っているか）が3位でした。

一方、同時期のGDPに占める総医療費の割合は、OECD諸国中18位（1998年）であり、日本は、「安価で高水準の医療が実践されている」と評価されていました。

今、政府や財界がお手本にしようとしているアメリカは、GDPに占める医療費の割合が最も高く、平等性は32位、そして健康達成度の総合評価では15位なのです。

日本の医療制度の国際的評価はトップクラス

	世界保健機構 (WHO)		経済協力開発機構 (OECD)
	健康達成度の総合評価	平等性	GDPに占める医療費の割合 1998年
日本	1位	3位	18位
ドイツ	14位	20位	3位
アメリカ	15位	32位	1位

低い評価

(出所) WHO「World Health Report 2000」
OECD「Health Data 2000」より作成

5 緊急再改定を求める運動と成果

(1) 疾患別リハビリテーションの日数制限撤廃の取り組み

維持期のリハビリテーションを医療保険の給付外象から除外する疾患別リハビリテーションの改定については、2006年の改定直後から「リハビリ診療報酬改定を考える会」を中心とする48万の署名に象徴されるような患者と医療担当者の共同した日数制限撤廃の運動が取り組まれ、2007年4月に、異例の再改定が行われました。

再改定は、①障害者リハビリテーションの対象患者や先天性または進行性の神経・筋疾患については、日数制限から除外、②改善の見込みがある場合に日数制限から除外できる対象が若干拡大されるなど、必要な医療を機械的に打ち切る日数制限の不備を認めさせたものであり、この間の患者さんと医療関係者の粘り強い運動の成果です。

疾患別リハビリテーション<施設基準Ⅱの場合> (2006年4月1日～2007年6月30日)		
リハビリの種類	診療報酬	算定日数上限
心大血管疾患	1000円 (20分につき)	治療開始日から150日
脳血管疾患等	1000円 (20分につき)	発症、手術、急性増悪から180日
運動器	800円 (20分につき)	発症、手術、急性増悪から150日
呼吸器	800円 (20分につき)	治療開始日から90日

≪算定日数制限除外対象患者(改善の見込みがある下記の患者)≫
 ①失語症、失認及び失行症、②高次脳機能障害、③重度の頸髄損傷、④頭部外傷及び多部位外傷、⑤回復期リハビリテーション病棟入院料を算定する患者、⑥難病患者リハビリテーション料に規定する患者



2007年4月改定のポイント	
1	算定日数制限除外対象者が拡大された。 (1) 改善見込みがある場合に除外対象となる患者に、下記が追加された。 ①急性心筋梗塞、狭心性、慢性閉塞性肺疾患 ②除外対象患者に準ずる場合 (2) 改善見込みにかかわらず、治療上有効と医学的に判断される場合に除外対象となる取扱いが新設された。 ① 障害児(者)リハビリテーション料の対象となる患者(加齢による疾患に罹患するものを除く) ② 先天性または進行性の神経・筋疾患
2	疾患別リハビリテーションに逡減制が導入され、診療報酬が引き下げられた。 ① 心大血管疾患の場合 121日以降 850円(20分につき) ② 脳血管疾患等の場合 141日以降 850円(20分につき) ③ 運動器の場合 121日以降 650円(20分につき) ④ 呼吸器の場合 81日以降 650円(20分につき)
3	維持期リハビリテーションを医療保険で評価するため、下記のリハビリテーション医学管理料が新設された。 ① 心大血管疾患の場合 月1～3回 2600円(1月につき) 月4回以上 5200円(1月につき) ② 脳血管疾患等の場合 月1～3回 2600円(1月につき) 月4回以上 5200円(1月につき) ③ 運動器の場合 月1～3回 2200円(1月につき) 月4回以上 4400円(1月につき)

しかし、再改定は、「財政中立」のもとで行われ、日数制限そのものは廃止されず、日数制限から除外できる対象についても、ほとんどの場合は改善の見込みがある場合に限られたままです。

さらに、再改定では、①算定日数上限期間内の点数を逡減し、引き下げる、②維持期リハビリを評価する「リハビリテーション医学管理料」が新設されたが、経営がなりたたな

いほど低い点数で設定、③それまで認めていた介護保険のリハビリテーションとの並行給付を禁止する、などが行われたため、大幅な減収になる医療機関も多く、リハビリテーションの提供が困難になっています

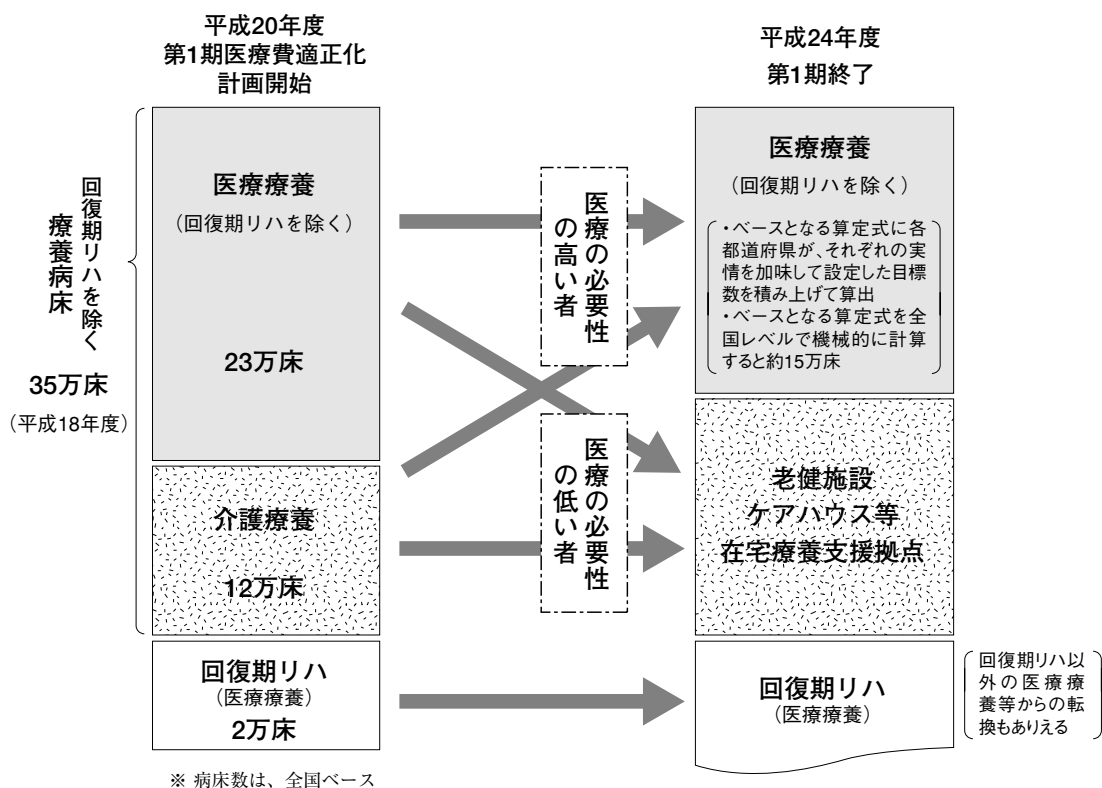
また、患者さんにとっても、改定によってリハビリ医療の質を担保できなくなるなど必要なりハビリテーションの確保にはほど遠い内容です。

(2) 介護療養病床廃止・医療療養病床の医療区分1の点数の引き上げの取り組み

2006年4月には介護保険法と介護報酬改定も同時に行われ、介護療養型医療施設を2012年3月31日で廃止することが突如決まりました。

また、診療報酬改定では、2006年7月より、医療必要度（医療区分）による報酬格差が導入され、医療区分1の点数は、経営が成り立たないほど低く設定されました。

各都道府県の療養病床の目標数(平成24年度)(案)



(出所) 第2回 医療構造改革に係る都道府県会議資料 (2007年4月17日)

医療区分1の多くが入院医療を必要としていることや、介護療養病床が廃止されれば行き場を失う患者が大量に発生することから、介護療養病床廃止反対と医療区分1の引き上げを求める声が、医療機関や患者・国民から大きく広がりました。

こうした中で、2007年3月28日に開催された中医協・診療報酬基本問題小委員会に、「慢性期入院医療の包括評価調査分科会」から「平成18年度慢性期入院医療の包括評価に関する調査の結果について (中間報告書)」が出されました。

報告書では、「医療区分1に関して入院医療を必要としないという政策判断がなされ、診療報酬についてもコストに見合わない点数が設定されていることについては、当分科会として大きな疑問を呈さざるを得ない。また、医療区分の意味づけを行う際には、介護保険施設における医療の在り方についても十分に検討される必要がある」と断じています。

また、3月19日に開催された慢性期入院医療の包括評価調査分科会では、「医療区分1の点数がケア時間と比較して、あまりにも乖離（天本宏委員）」「分科会では、医療区分1は入院医療が必要ないとの視点はなかった。政治的判断について異議を申し立てるべき（大塚宣夫委員）」「当初は、医師のかかわる時間と医療処置が少ない患者を医療区分1としたのに、いつの間にか医療の必要なしと判断され、政策的な値付けがされたことは遺憾（椎名正樹委員）」との発言が相次ぎました。

池上分科会長は「この分科会でのエビデンスが違う形で利用された。全会一致の意見として報告したい」と強調しましたが、このことは、厚生労働省が中医協での議論を歪曲して政治的に利用したことを公的に明らかにしたものとと言えます。

しかし、報告書では、「今回の報告は調査結果の速報に基づくものであり、…引き続き検証を進めるべきである」としており、緊急再改定は、まだ実現できていません。

なお、3月7日に厚生労働省老健局が発表した都道府県における「療養病床アンケート調査」では、日中・夜間とも介護できる人がいないとの回答が、「医療療養病床（54.3%）」「介護療養病床（61.4%）」にものぼっています。

こうした状況を改善し、必要な医療と介護を保障するためには、財源を確保した上で、医療区分1の診療報酬を引き上げるとともに、介護療養病床廃止を中止することが求められています。

