今回の診療報酬本体の改定財源をめぐる試算

◎ 前提　総医療費を41兆円として試算・・・・・・・・・A

◎ 消費税増税に伴う医療機関のコスト増への対応分
5,600億円（Aの1.36％に相当）
内訳　診療報酬本体　2,600億円（Aの0.63％）・・B
薬価・材料　3,000億円（Aの0.72％）

◎ 薬価・材料引き下げに伴って生み出された財源・・・C
5,600億円（Aの1.36％）

◎ 従来の手法では改定率ゼロの場合でも診療報酬本体の改定に担保されるべきだった財源・・・D
8,200億円（B2,600億円＋C5,600億円、Aの1.99％）

◎ 今回の診療報酬本体の改定に投入された財源・・・・E
3,000億円（B2,600億円＋400億円、Aの0.73％）
↓
ネットでプラス0.1％といわれている

◎ 従来の手法からみて今回失われた財源・・・・・・・F
5,200億円（D8,200億円－E3,000億円、Aの1.26％）
↓
実質▲1.26％の改定といわれている

前代未聞の診療報酬改定

改定原資は従来の1/10以下

点数配分作業は困難を極める模様

昨年十二月二十日、田村厚労大臣と麻生財務大臣が診療報酬の改定率について折衝し、診療報酬全体を〇・一％引き上げることで合意しました。

しかし、消費税増税の補填分を除いた実質改定率は▲一・二六％の大幅なマイナス改定となります。

改定率の決定を受け、厚労大臣は一月十五日に中医協に対して診療報酬の改定案を作成するよう諮問しました。

財源が限られている中での改定であり、その動向が注目されますが、中医協は二月中旬には改定案をとりまとめ、答申する予定です。

五二〇〇億円のマイナス改定

政府は二〇一四年の診療報酬改定について、四月からの消費税率引き上げにともない、医療機関におけるいわゆる「損税」が生じないよう、消費税増税対応分としてプラス一・三六％（左表B・約五六〇〇億円）を上乗せし、全体としてプラス〇・一％の改定率であると説明しています。

しかし、消費税増税対応分の財源は、そもそも医療機関が課税仕入れへの支出として負担する分を補填するためのものであり、診療報酬改定の財源とは切り離して考えるべきものです。

薬価分、振り替えず

今回の改定率決定に関する最大の問題点は、薬価・医療材料価格の引き下げ分を診療報酬本体の改定財源に投入するという永年にわたり踏襲されてきた手法が、財務省の狙い通り適用されなかったことです。

例えば、前回（二〇一二年）の診療報酬改定率は、全体で〇・〇〇四％とごく僅かなプラス改定でしたが、薬価・材料価格の引き下げで捻出した約五五〇〇億円をそのまま診療報酬本体の改定財源に充てる手法がとられています。

しかし、今次改定は薬価等の引き下げ分五六〇〇億円（表C）を診療報酬本体に投入せず、財務省の思惑に沿って四〇〇億円（表E）という、一桁違う少ない財源投入で済ませたということができます。

実質一・二六％ダウン

今次改定は、本来であれば最低でも薬価・材料価格の引き下げ分五六〇〇億円に消費税増税補填分二六〇〇億円を足した八二〇〇億円（表D）を診療報酬本体の改定財源に充てるべきですが、実際は三〇〇〇億円（表E）に抑制されたため、五二〇〇億円（表F）が失われたことになり、実質改定率は▲一・二六％の大幅なマイナス改定です。

財務省は、今次改定で医療費から薬価等の引き下げで生まれた財源を奪うことに成功したことになり、次回改定以降も同様の手法で迫ってくることが懸念されます。医療界は今後、かつてない困難を背負うことになりました。

「議論の整理案」から見る今次改定の特徴

中医協は今後、厚労大臣から諮問された内容に沿って診療報酬の具体的な改定案の作成に入り、二月十日前後に答申することになります。今号では改定案のたたき台となる「議論の整理案」からポイントを見ていきます。

医科《外来関係》

基本診療料

初・再診料については、消費税率引き上げにともなう補填分をどのような形で診療報酬に上乗せするのかが議論されているほか、診療所や中小病院における主治医機能について診療報酬で評価することなどが検討されています。

在宅医療

「整理案」の重点課題にもあるように、在宅医療の充実は今次改定の大きなテーマとなっています。

在宅医療を担う医療機関の量的確保の観点から、在宅療養支援診療所（在支診）・在宅療養支援病院（在支病）の届け出を行っていない医療機関についても、在宅医療を担う場合は評価する方向を示しています。

また、質の高い在宅医療を推進するとして、機能強化型在支診・在支病の施設基準について実績要件を強化することや複数の医療機関が連携している場合については、それぞれの医療機関に実績要件を設けることなどが検討されています。

その他にも、在宅における褥瘡対策や二十四時間対応・ターミナルケア・重症患者の受け入れ等を行う機能の高い訪問看護ステーションの評価、在宅医療における注射薬や特定保険医療材料、衛生材料について、薬局や訪問看護ステーションとの連携により患者宅に提供できるような仕組みも整備するとしています。

一方で、サービス付き高齢者向け住宅や有料老人ホームなどの運営者が入所している高齢者を医療機関に紹介し、その見返りとして診療報酬の一部を紹介料として受け取る仲介業者の問題（いわゆる「在宅患者紹介ビジネス」）が一部マスコミで取り上げられ、中医協でも問題視されています。

これについて「整理案」では、「医療機関等が経済的誘因により不適切に患者紹介を受けることを禁止する」と明記しているほか、在宅時医学総合管理料について同一建物における同一日の複数訪問時の点数を新設し適正化を行うとしています。

リハビリテーション

要介護・支援者を対象に、算定日数上限を超えて行われる維持期リハビリテーションは、原則として今年三月三十一日までの算定とされていましたが、次回（二〇一六年）改定まで延長される見込みです。

一方で、医療保険から介護保険へのさらなる移行を促進するために、ケアマネジャー等との連携により医療保険から介護保険に移行させた場合に評価することが検討されています。

（三面に続く）

中医協「議論の整理案」で示された
重点課題と４つの視点
（平成26年1月15日中医協資料）

重点課題－医療機関の機能分化・強化と連携、在宅医療の充実等
- ▽高度急性期と一般急性期の機能の明確化と評価
- ▽長期療養患者の受け皿確保、急性期と長期療養の機能分化
- ▽急性期後・回復期（亜急性期入院医療管理料等）の充実と評価
- ▽地域の実情に配慮した評価について
- ▽有床診療所における入院医療の評価について
- ▽外来医療の機能分化・連携の推進について
- ▽在宅医療を担う医療機関の確保と質の高い在宅医療の推進
- ▽医療機関相互の連携や医療・介護の連携の評価について

視点１－充実が求められる分野を適切に評価
- ▽緩和ケアを含むがん医療の推進について
- ▽精神疾患に対する医療の推進について
- ▽認知症への対応の推進について
- ▽救急医療、小児医療、周産期医療の推進について
- ▽リハビリテーションの推進について
- ▽歯科医療の推進について
- ▽的確な投薬管理・指導の推進について
- ▽手術等の医療技術の適切な評価
- ▽医薬品、医療機器、検査等におけるイノベーションの適切な評価
- ▽ＤＰＣに基づく急性期医療の適切な評価について

視点２－患者等から見て分かりやすく納得でき、安心・安全で質の高い医療の実現
- ▽患者に対する相談指導、医療安全対策、明細書無料発行、患者データ提出等の推進
- ▽診療報酬点数表の平易化・簡素化
- ▽入院中のＡＤＬ低下の予防と褥瘡対策について

視点３－医療従事者の負担軽減
- ▽救急外来の機能分化を含む医療従事者の負担を軽減する取り組みの評価
- ▽チーム医療の推進について

視点４－効率化余地がある分野の適正化
- ▽後発医薬品の使用促進策について
- ▽長期収載品の薬価の特例的な引き下げについて
- ▽平均在院日数の減少等について
- ▽医薬品、医療機器、検査等の適正な評価
- ▽大規模薬局の調剤報酬の適正化等

※ 消費税８％への引き上げにともなう対応