

診療報酬体系改革と中医協

石井 暎禧

医療法人財団石心会理事長／中央社会保険医療協議会委員

少子高齢化の進行の中で、医療保険制度をどのように安定的に持続させるか、これが厚生労働省(厚労省)に課せられた課題であり、史上最大のマイナス改定は、その意図を鮮明に伝えた。しかし過剰に抑制すれば、国民医療そのものが崩壊する。

現政権の政策の根幹は財政再建であり、国民の抵抗がない限り、際限のない社会保障費抑制が続く。国民もまた、医療の危機は医療機関の責任であり、診療報酬とは関係ないと考えており、医療費抑制に賛成している。現実には医療費の抑制にすぎない政策を効率化と表現するのは、医療崩壊を防ぎつつ医療費削減を成し遂げたいという厚労省の願望の現れであるが、どこに均衡点を置くべきか、今回の診療報酬改定では明らかではない。

■ 中医協の権限は縮小されたか

今回改定が「中医協の権限縮小による厚生労働省ベースの改定」であり、そのため「恣意的な改定」になったとの二木立氏の批判がある。この批判は個別改定項目に関するか

ぎり、「被害」にあった診療現場の感情を代弁していると思われるので、氏の批判に触れながら、中医協改革問題を私の視点で見ておきたい。

今回の改定に携わった中医協の法的地位はまだ変わってはいない。今後の問題としては医療制度改革関連の一環として、業界の推薦制が廃止されるなどの変化がある。そして診療報酬の改定幅が政府の決定事項であり、基本方針は社会保障審議会が決め、中医協は配分だけを審議するというのが、今回の改定では強調されたことを指して、権限の縮小と一般に言われている。しかし、建前からはこれまでもそうであったし、法の改正後の中医協の役割も、基本的には変化がないと私は考えている。

中医協が他の審議会と違う「権限」を持っているかのように見られてきたのは、保険者側、診療側、公益側という三者構成による当事者性にあり、権限が直接診療報酬に関わるからである。医療制度改革関連の一環として団体推薦制の廃止が決定したが、これとて「任命にあたっては」「適切に代表しうる」者の意見に「配慮する」とある以上、この構成

の本質である当事者性は法の改正後も変わらない。これに対し社会保障審議会は単に学識経験者の集まりという法的性格を持ち、生々しい当事者性を持たない。

状況の変化は、中医協権限の問題ではない。官邸・財務省と厚労省(および他の省庁)の政治的力関係、首相と族議員の力関係の変化であり、厚労省と医療提供側の力関係の変化ではない。今回改定における中医協の役割の変化は、後述するように病院代表の参加とそれを取り巻く環境変化にあったと私は考えているし、今回改定の「恣意的な」手法の意味は別の角度で分析すべきと思う。

■ マイナス改定とその手法

ともかく医療費を抑制し、しかも医療の質を保証する資源配分をしなければならないという困難な立場に厚労省は置かれている。そのためマイナス改定を前提にされた中医協には、重点配分が基本的任務となり、メリハリをつけた点数配分が議論の中心となった感がある。厚労省原案が「乱暴・恣意的」と評せられるの

は、これまでの改定手法からの転換があるからで、それが空前のマイナス改定に強制されて行われたところにある。これを「火事場泥棒の改革」と呼ぶのは品が悪いが、不利な状況を逆用し改革に結びつけたという意味では間違いではなく、褒め言葉とも解釈できる。しかし担当者自ら「恣意的」と言うのだから、根拠なき改定であったと即断するのは、彼らの目くらましにかかることになる。

偽善的表現は、本音を隠したいからである。例えば基本方針の第4項の「効率化の余地ある」とは、露骨に言えば「不当な利益を取り上げる」ということであり、本来の医療の効率化とは関係ない。「不当な利益」を認め、あるいは誘導してきたと言うと厚労省の責任にもなるので、診療側の弁明・反駁を抑えつつ、しかもエビデンスを明らかにすることなく変えたいからである。

われわれが知る限り、今回の改定は「勘と度胸」どころか、1年以上前から省内で診療報酬体系の全体にわたる研究会がこれまで以上に継続的に開かれ、周到に全面改定の準備がなされていた。昨年の春保険局が病院団体に、報酬体系全体にわたり、主要な問題点を列記し、これに関する意見を求めた時には、すでに一応の結論を持って質問してきたことが、現在では明らかになっている。そのため今改定が「厚生労働省ペース」で進められたのは事実である。だがその責任は診療側もある。

厚労省には体系的な方針があり、これまであった保険局と老健局の利害対立を乗り越えて、昨年暮れには医政局を含めた三局そろい踏みで、

病院団体に医療制度改革の方針を説明するなど、省の方針の一本化と自民党への政治工作に成功した。これに対し基本方針を持たないわれわれ診療側は、体系的対応に立ち遅れ、個別項目への対応に追われたのである。厚労省ペースにさせないためには、体系的な診療報酬のあり方を対置しなくてはならなかった。

根拠薄弱な加算はすべて削る。わかりにくい加算も削る。努力なしに有利になる点数は下げる。患者の視点も体系簡素化も、このための論理として利用する。誘導された既得権も医師会や病院団体が反対しないかぎり、剥奪する。削れるところをすべて削る。これが改定の基本であった。そのうえで、社会的に要請された重点的項目については形式的にわずかな点数を設定する。これがマイナス改定の基本的な手法であった。

ただしこれまでは、理念なき利益誘導を基本としたため「Aについてよいことをやったから、Bでご褒美をあげる」と政策誘導の理由が、患者からは理解できないものが多かった。今回も原則が貫徹しているとは言い難いが、患者サービスに結びつく、政策の流れに沿った成果を評価するとの原則に立っている。誘導手法を変えたため、現象的には政策遂行の一貫性を疑われたことにもなった。

今回においても、個別項目で見ただけでは診療報酬のあり方がどう変わろうとしているかを、整合的に理解できない。

「患者」というキーワードとケースミックス分類

改定に当たっての基本方針の第1は「患者から見て分かりやすく、患者の生活の質(QOL)を高める医療を実現する視点」とされている。改定項目の随所に、同様な視点があり、単に厚労省の建前を述べたもの、きれいごととだけ解釈しては、重要性を見失う。厚労省は医療費抑制と医療の適正な提供という矛盾の整理手段として、「患者の視点」を採用し、惰性的な厚労省と医療提供側の相互依存関係の脱却を試みた。これが4点にわたる基本方針の根幹をなすものである。

多岐にわたる出来高点数の改定のため、改定のねらいは見えにくく、これまでの改定の流れとは矛盾するような点もあるが、重要な改定は次の2点である。第1は急性期入院医療へのDPC支払い方式の正式実施であり、第2は医療療養病床における支払い方式の変更である。これを軸に考えると、出来高の各項目の変更の意味も明らかになる。

DPCについてみると、これまでには試行的・調査的な実施にすぎず、今回は単なる拡大ではなく、正式実施であることに注目すべきであろう。出来高払い制を死守しようとする人々からは反対もあったが、実際に試行した病院のデータや反応から、急性期入院医療の支払い方式として推進していく利点があると認識され拡大の方向が定まった。

療養病床については、社会的入院の是正という、介護保険領域における課題と絡んだため、医療度の低い

患者の診療報酬引き下げのみが世間の関心を呼び、「介護難民」などと危機感をつのらせる向きもあるが、診療報酬の問題としてみると、病態・医療内容を考慮しない支払い方式から、医療を評価する報酬体系への転換に本質がある。むしろ当たり前の評価に戻ったのである。これまで療養病床は、介護施設の不足から、要介護者を抱え込み介護ベッドとして機能してきた。この現実への妥協として療養病床の包括制はあった。介護保険創設から6年、そろそろ医療本来のあり方からする整理が必要とされたのである。

2点とも医療評価のあり方として見ると、病院が何をしているか(出来高評価)ではなく、どんな病態の患者の治療をしているかを見る医療評価方式への転換とすることができる。患者の視点とは報酬支払い方式の転換をも意味しているのである。患者にわかりやすいとは、実際に点数説明がしやすいことを意味しない(簡素化したと言っても、きわめて複雑な体系であることに変わりはない)。医師が勝手に治療を決める(値段を決める)のではなく、病気(の治療)に値段が付くという考え方に変わるという理屈である。診療報酬の適正な水準を国民の納得のもとに決定するためには、医療の標準化と医療内容の比較が可能な支払い方式への改革は必然となっているのである。

今回の療養病床の点数改定の中心であった池上直己氏(慢性期入院評価分科会長)は、すでに「医療機関の機能を明確にし、報酬額をコストに対応させるためには、諸外国に

倣って入院医療を『急性期』と『急性期以外』に分け、それぞれ受け入れ体制の整備にあわせて逐次ケースミックス分類による包括支払いに移るべき」と主張しておられた。

■ 中医協改革と病院代表参加の必然性

改定内容からみると今回は、何よりも入院医療費の改定であった。病院代表の参加という中医協改革もこのためであったとさえ言える。改定の中心が報酬の上げ幅をめぐる支払い側・診療側の駆け引きの時代には、厚労省は中医協への病院代表の参加を望んでいなかった。日医への窓口一本化が便利だったからである。改定幅が主要内容でなく、配分が主軸の改定、しかも急性期医療の危機を乗り切るためには、複雑な病院の利害を調整し協力させることなしには、配分の決定は不可能である。今改定では、病院代表の参加は政府の側からしても不可欠であったのだ。

病院危機は急性期・長期療養を含め存在し、深刻化してきている。民間病院経営者の「急性期入院の赤字を療養病床の黒字が埋めていたのに、ここを引き下げられたら病院経営が成り立たない」という言葉に代表されるように、急性期入院医療の経営危機はすでに常識である。根本的な検討抜きには崩壊期に入った急性期入院医療を救うことはできない。「急性期入院医療は補助金の補填により公的病院が担え」と言わんばかりの政策が続いてきた。入院医療費への保険財源の配分は低く、民間病院の多くは、余儀なく療養病床へと経営の舵を切った。だが公的病院も

国家・自治体財政の破綻の中で、急性期医療を担う力を減じてきている。公的私的を問わず全病院の危機として事態は進行しているのである。医療現場からは医師不足問題を「立ち去り型サボタージュ」「医療崩壊」として語る著書も登場するものこのような状況を背景にしている。歪みをそのままにするのではなく、コストに見合った入院医療費への流れをどう実現させるかが重大課題となっている。

これまでの中医協は、右肩上がりの経済成長の中で、医療費総額をいくら引き上げるかを巡り、労使交渉もどきの折衝を一号側と二号側で繰り返してきた。「入院については、今回初めて、中医協でまともな議論がなされた」と一号側委員が語ったように、これまで本質的な医療のあり方と配分が検討されることはなかったし、それでも支障がないと考えられてきた。その背後で、民間病院の疲弊と公的病院の赤字体質の固定化が進行していたのである。

今回の中医協の議論の過程で、急性期医療の諸問題が一号側にも理解され始めたのは、一歩前進といえる。しかし報酬体系の実質的是正は今回もなされてはいない。このような政策の流れの中では、国民・患者の理解を得ずして、病院医療の将来はない。病院団体は基本的な医療のあり方を国民に明らかにして、医療制度改革・診療報酬制度改革に対処すべきである。

いしい えいき

医療法人財団石心会理事長：☎ 212-0013 神奈川県川崎市幸区堀川町 580 ソリッドスクエア東館 4F

特集 検証 平成 18 年診療報酬改定

診療報酬体系改革と中医協

石井 暎禧

病 院

第 65 巻 第 12 号 別刷
2006 年 12 月 1 日 発行

医学書院