

## 「診療報酬改定と国保問題」

小澤勇治（栃木県民主医療機関連合会）

### はじめに

栃木県民主医療機関連合会事務局長の小澤でございます。略称で言いますと「民医連」という言葉をお聞きなされたことあるかと思えます。栃木県では医療生協法人の診療所や介護事業所と株式会社の薬局二店が加盟しておりまして、病院を持たない「民医連」ということでは全国でも最小の組織ということで、一昨年に結成されました。丸2年を経とうとしておりますけれども、これから医療運動を行おうとしているところです。4月1日から義務年限を終了した自治医大の卒業生1人が私どもの法人の常勤医師として勤務していただけることになり、常勤医師が5人になります。そういうことで、地域医療を担っていく医療機関であるというふうにご理解いただければと思います。基調講演で、篠崎先生もおっしゃっていましたが、世界的にも「民医連」というのは稀有な存在なんです。自分たちで医師を育て、また医療スタッフを育てて、医療を私たちのものにする、つまり個人所有ではない国民の働く人々のための医療機関を作ってきました。

今日は、診療報酬改定とそれから国保問題に関して報告させていただきたいと思えます。

### 1 2010年4月診療報酬改定

厚生労働省HPより（「厚労省予算編成上の見解」）

平成22年度診療報酬改定について（平成21年12月9日厚生労働省保険局医療課）

- 医療は国民の生活を支える最も重要な社会基盤の一つである。我が国の医療費（対GDP比）は国際的に見ても低水準であるが、医療現場の努力により、効率的かつ質の高い医療を提供してきた。
- しかしながら、高齢化の進展による患者増などにより、医療現場は疲弊しており、特に救急・急性期の入院医療は危機的な状況にある。前回の診療報酬改定においても、厳しい勤務環境におかれている病院勤務医の負担軽減や、救急医療や周産期・小児医療の充実などを重点課題として取り組んだが、必ずしも十分な効果が出ていない現状にある。
- 例えば、有識者の研究によれば、急性期の入院医療を担うDPC対象病院の年間の赤字は総額3,500億円にのぼると推計されている。また、平成21年度医療経済実態調査によれば、年間の緊急入院患者受け入れが200名以上の病院の経営実態は、補助金等による補填を行った後の総損益差額ベースで見ても、1施設当たりで年間約1億円の赤字となっている。
- こうした状況の下、三党連立政権合意では「医療費（GDP比）」の先進国（OECD）並みの確保を目指すことが、また、民主党のマニフェストでは「医療従事者の増員に努める医療機関の診療報酬（入院）を増額する」ことが示されている。平成22年度診療報酬改定においては、これらを踏まえ、「国民の安全・安心を支える医療の再構築」に取り組んでいく必要がある。

- 具体的には、救急医療の充実など喫緊の課題に対応するため、急性期を中心とする入院医療に優先的かつ重点的に配分するとともに、急性期後の受け皿としての後方病床・在宅療養の機能を強化する。さらに、手術等の医療技術の適正評価、医療の高度化への対応、医師補助業務の充実等を通じた勤務環境の改善、医療安全への取り組みなど、我が国の医療をめぐる課題に対応していくことが求められている。
- これらを総合的に勘案すれば、薬価改定と医療材料価格改定により捻出される約 5,000 億円を全て診療報酬本体の財源として充当するとしても、これを超える規模の財源が必要であり、全体としては 10 年ぶりのネットプラス改定を行うことが必要である。

厚生労働省は、北欧とか OECD 諸国に比べて日本の医療は貧困であるという認識はもっているんですね。昨年、民医連も診療報酬改定について厚生労働省との交渉を行いまして、厚生労働省の現場の技官は、10%は上げたいと言っていたのですが、結局上がったのはプラス0.16%でした。その中身、どういうところが上がったのかということですけども、実際はゼロ改定であるということをご理解していただきたいと思います。私たちが通常診療していただく町のお医者さんは、ほとんどマイナスになっています。それから、後発医薬品をたくさん使っているということになりますと、薬価が下がる、診療報酬が下がる、医療費が下がるということになります。これは当然なんですけれども、元々が高い薬を使っているということで、病名が変わると同じ薬効の薬でも新薬として登録されて7倍くらいの値段に薬価基準が上がってしまうという中身になっています。埼玉県済生会栗橋病院の副院長である本田弘先生、外科の先生でテレビでもよく発言をなさって頑張っている方で、民医連とも一緒に運動をさせていただいている先生ですけれども、その本田先生がそのことをいち早く警鐘しながら「医療崩壊」という言葉を言われました。解説本なんかも書かれています。もっと深い中身で地域医療を守っていくいろいろな活動が各地域にあるんですけれども、厚生労働省はそのことを基本的には理解はしているんですが、今回の診療報酬改定はそれに向けた形でなされていたかどうかということに大きな視点を持たなければいけないと思います。

**民主党マニフェスト『3・22. 医療崩壊を食い止め、国民に質の高い医療サービスを提供する。〔政策目的〕** ○医療従事者を増員し、質を高めることで、国民に質の高い医療サービスを安定的に提供する。○特に救急、産科、小児、外科等の医療提供体制を再建し、国民の不安を軽減する。〔具体策〕 ○自公政権が続けてきた社会保障費2200億円の削減方針は撤回する。医師・看護師・その他の医療従事者の増員に努める医療機関の診療報酬（入院）を増額する。 ○OECD平均の人口当たり医師数を目指し、医師養成数を1.5倍にする。 ○国立大学病院などを再建するため、病院運営交付金を従来水準へ回復する。 ○救急、産科、小児、外科等の医療提供体制を再建するため、地域医療計画を抜本的に見直し、支援を行う。 ○妊婦、患者、医療者がともに安心して出産、治療に臨めるように無過失補償制度を全分野に広げ、公的制度として設立する。〔所要額〕9000億円程度 』

資料の中に、民主党が昨年の総選挙の時に出したマニフェストの各論の部分を書き載せておきました。この上には後期高齢者医療制度を即時廃止しますという言葉があるのですが、それでも、「医療崩壊を食い止め、国民に質の高い医療サービスを提供する」ということがテーマなんです。民主党は「国民に質の高い医療を安定的に提供する」というふうに言っていて、次が問題なのなのですが、「特に救急、産科、小児、外科等の医療提供体制を再建し、国民の不安を軽減する。」と、そして各論に具体策がでていて、下の方に「救急、産科、小児、外科等の医療提供体制を再建するため、地域医療計画を抜本的に見直し、支援を行う」と、それから「妊婦、患者、医療者がともに安心して出産、治療に臨めるように無過失補償制度を全分野に広げ、公的制度として設立する」、「所要額は9000億円程度」というふうに書かれています。

平成22年度診療報酬改定の改定率について（平成22年2月1日）

- 先日、一部報道において、平成22年度診療報酬の改定率に関して、後発医薬品の置き換え効果の精算分約600億円が、改定率の計算に盛り込まれていないことから、実質ゼロ改定である旨の報道がありました。
- 厚生労働省としては、**従来から後発医薬品の使用促進、すなわち、「先発品から後発品への置き換え」による財源は、本来的に医療機関の収入とみなされるべきものの減少につながる訳ではないことから、一貫して、診療報酬改定の財源とはしてこなかったところ**です。
- **今般の後発医薬品の置き換え効果の精算分600億円についても、後発医薬品の使用促進が進んでいない現状を是正するために実施するものであり、後発品の使用促進と同様、診療報酬の改定財源とはしていないところ**であります。
- このように、平成22年度の診療報酬の改定率については、従来と同様の考え方で計算しているところであり、その率は、これまでの説明のとおり、診療報酬本体の改定で+1.55%、薬価等の改定で△1.36%、合計で+0.19%であります。
- なお、報道にあった当省の幹部が、診療報酬の改定率に関して、報道にあったような打ち合わせを行った事実はありません。

今回の診療報酬改定についての厚生労働省の言い訳です。実質プラス0.19%改定だと。これがどういうところにプラスになったのかというところが大きな問題なんです。

特徴の第一は、大規模急性期病院や入院料加算の引き上げに重点が置かれ、これが4億4千万円です。中小規模病院は1%前後の引き上げに止まりました。診療所の再診料は引き下げられました。病院と診療所の再診料には差があったんです。診療所はご存知だと思いますけれども、医療法上19床以下の医療機関です。地域の医療機関であるわけです。中小規模病院というのは200床とか300床とか第二次救急を目指している地域基幹病院で、それから大規模病院があるわけです。今、中小規模病院の状況というのが、特徴的に問題なわけです。

特徴の第二は、2006年の療養病床の「削減方針」というのは引き続き行われており、そのため、大規模急性期病院からの早期退院を迫られた患者さんの「医療・介護難民」がよりいっそう増える可能性が今回の診療報酬改定であるということです。

後でご覧になっていただきたいのですが、細かくて大変申し訳ないのですが、療養病床に入っている患者さんので食事が取れずにおり管から食事(栄養)が入っている方とか、

常時尿管カテーテルが入っている方だとかの状況を示すチャートです。これは厚生労働省が見本として出しているんですけども、これが医療区分1、2、3と分けられまして、あとADL評価、日常生活動作の評価です。それが1、2、3とありまして、それを組み合わせて医療報酬、診療報酬が決められるわけです。インターネットのブログなどを見ますとご家族の療養病床入院の時の医療区分についてのブログですが、それをご覧になると分かると思うのですが、先生に聞くと医療区分3ということで区分上はいわゆる重症ですが物凄く低い点数ですね、1日で7千円くらいです。格安料金とかいろいろ出ていますが、格安でも7千円というのはビジネスホテルの素泊くらいです。そのような状況が医療機関で行われているのです。その診療報酬によって、医師の給料や看護師の給料、もちろん看護師の人数とか助手さんの人数とか若干少なくとも済むんですけども、そのように体制が変わってくるという状況です。病院や有床診療所の病床転換ということで、これは2008年9月に全国保険医団体連合会が出した病床転換についてのマニュアルなんですけども、このようにやはり大きな病院ではなくて中小零細病院は療養病床でない生き残っていけないと出ています。人手不足、看護師不足やもちろん医師不足が当然なんですけども、そのような状況になっております。

結論を端折りますが、やはり今回の診療報酬改定は急性期病院に対して厚く入院料が引き上げられたということです。急性期病院については早く退院していただかないと、入院料が減ってしまうんです。逡減制というんですが、これが7日間とか、それから看護体制も10対1、10人の患者さんに対して1人の看護婦さんということですが、7対1ということで、看護師さんの人数で決まってしまうので、看護師の多い病棟にどんどん入院をさせて、即1週間以内に退院をさせるということがありますので、3ヶ月も入院したら、もう転院先を探しなさいというような話をされるということとはよく聞かれるかと思うんですけども、ご相談される方も、そのような状況があります。私どものところは有床診療所がございまして、やはりそういう患者さんを受けざるを得ない。その場合は、本当に診療報酬そのものが低いというところで厳しい状況になっています。

## 2 栃木県の国保状況

次に、栃木県の国保の状況ということですが、全国の滞納世帯について厚生労働省が今年の2月2日に発表しました。2009年6月1日現在ですが、保険料(税)滞納世帯数が73,927世帯、短期保険証発行世帯が16,652世帯(22.5%:滞納世帯数の内)、資格証明書発行世帯が13,569世帯(18.4%:滞納世帯数の内)です。資格証明書は国保の資格があるよというだけで、窓口では全額支払いなさいということになりますので、国民皆保険制度に逆行する中身なわけです。これについては後期高齢者医療制度についても、後期高齢者に対して昨年度は栃木県では523件くらいの短期保険証の発行がありました。日本の医療制度の良かったところというのは、医療へのアクセスが良かったということです。国民皆保険制度は気軽に病院にかかれるということです。岩手県沢内村の生命行政を描いた映画「いのちの山河」は私も実行委員として一緒にやらせていただきましたが、本当に気軽に軽いうちに病院にかかれる、健康診断もきちっと行って、乳児死亡率をゼロにしたり、老人医療費を無料にしたりということで、逆に村の国保医療費が下がったということ、1981年に国会を通過した老人保健法の国会の公聴会で、当時の沢内村立病院の増田進先生がおっしゃっていたと思います。

それから、もう一つ問題なのは、子供に対する医療費助成の問題です。地域医療の崩壊

と子どもの貧困問題に拍車をかけるものであるというふうに言わざるを得ないと思います。

### 3 「とちぎ未来開拓プログラム」から（“いのち” にかかわる主なものを視ると）

それから栃木県が昨年策定した「とちぎ未来開拓プログラム(財政健全化計画)」から“いのち”にかかわる主なものとしてと、大病院、地域間病院の補助金のことについては抜いておりますけれども、こども医療費の無料化を小学6年生まで拡大しようという形にはなっていますが、妊産婦医療費助成制度に所得制限を設けるといふふうに明確に言っております。それから、こども医療費の市町村に対する国庫負担金減額への助成金は廃止の方向であるということも言われております。また、看護師等養成所運営補助費金の県単補助金の原則廃止、例えば衛生福祉大学校などの奨学金などがたぶん減額されるのではないかといふふうに言われています。

### 4 今後の私たちの課題として

まとめますと、私たちの課題としては、国保料又は国保税ですね、高すぎる国保料(税)に対して具体的な行動としては、法定減免と申請減免というのがありますが、それをしっかりと各自治体で行っていかうということでもあります。そういう方々、対象を明確にしていくということと、私たちの自治体では申請減免というのはどういうものでしょうかという話を聞いていかうことにしたいと思います。

それから、最近私も宇都宮市の窓口に行ってみたのですが、窓口負担金の減額免除ですね、これは国保法第44条の本文にあるわけですが、病院にかかって、3割負担金を減額又は免除するということです。これについても宇都宮市はちゃんと規則をもっていますが、申請書をどうしても渡さないんです。1時間半くらい粘ったんですが、この問題に対して、国保法の本文にあるので宇都宮市でも経験としては2件ほどあると言っておりました。これは阪神大震災で被災された方で宇都宮市に移住された方がお使いになったということで、宇都宮市自身も認めています。このように国保料が高いということだけでも、これを減額する、低くする運動をすることとともに、具体的なものについては私たち医療従事者とともに患者様と一緒にしっかりと窓口との交渉をやっていかうと思っています。

そして民医連の宣伝としては、民医連というのは私たちのところではこれからしっかりと対応していきたいと思っておりますけれども、「無料低額診療事業」というものをしていきたいと思っています。栃木県ではたぶん済生会と日赤だけだと思います。これをどんどん使っていきたいと思っておりますし、また、申請をしたところは認めさせていくという対応をしていきたいと思っております。もちろん、医療生協ですから固定資産税などの優遇措置は無いんですけれども、目の前の患者さんにきちんと対応していくというところでの診療事業をやっていきたいと考えているところです。

(本稿は、当日の講演録に基づき事務局が編集した原稿に講演者が手を加えて作成したものです。)

**<小泉改革以来、いかに社会保障の費用が削られたか>**

2002年度 3000億円=3000億円

2003年度 3000億+2200億円=5200億円 \*医療改革(健保本人3割負担)

2004年度 3000億+2200億+2200億円=7400億円

\*年金改革(「100年安心プラン」)

2005年度 3000億+2200億+2200億+2200億円=9600億円

\*介護保険改革(軽度者へのサービス抑制)

2006年度 3000億+2200億+2200億+2200億+2200億円=1兆1800億円

\*2度目の医療改革

2007年度 3000億+2200億+2200億+2200億+2200億+2200億円=1兆4000億円

\*自立支援法など

2008年度 3000億+2200億+2200億+2200億+2200億+2200億+2200億円  
=1兆6200億円

2009年度 3000億+2200億+2200億+2200億+2200億+2200億+2200億+230億円  
=1兆6430億円

\*累積額はいかほどに？

相野谷安孝 中央社保協事務局長

2009年7月25日「栃木社保学習会レジュメより」