



診療報酬改定レポート

発行：MMPG（メディカル・マネジメント・プランニング・グループ） 作成：MMPG医療・福祉・介護経営研究所

発行者：（株）ユアーズブレーン 広島市中区国泰寺町 1-3-29 デルタビル 3 階 TEL 082-243-7331

平成 27 年 12 月 2 日 中医協 総会（第 316 回）

- ① 薬局の補てん率 86.03%、「低く見えるが零細と大手がある」
- ② 「漫然とリハビリをやっている医療機関がある」と支払側
- ③ 1 日 6 単位超を包括、「リハビリ上限は極めて慎重に」と日医
- ④ 廃用症候群の対象患者、「整理することは了解する」と診療側
- ⑤ 維持期リハ、「きっちりと今回の改定で整理すべき」と支払側
- ⑥ リハ要件、「緩和して点数同一はあり得ない」と支払側
- ⑦ 次期改定への中医協の意見、「両論併記で」と支払側

【概要】

この日の総会は、（1）診療報酬調査専門組織「医療機関等における消費税負担に関する分科会」からの報告、（2）個別事項（その 5；リハビリテーション）、（3）診療報酬改定に関する基本的な見解（各号意見）——の 3 項目を議題とした。

【詳細】

① 薬局の補てん率 86.03%、「低く見えるが零細と大手がある」

平成 26 年度の消費税率引上げに伴う医療機関等の負担増は、同年度の診療報酬改定で実施した上乗せ対応により、どの程度まで補てんされていたか。

厚労省は、「マクロでは概ね補てんされていることが確認されたものの、補てん状況にはばらつきが見られた」と結論付けた。厚労省は、11 月 30 日の中医協「医療機関等における消費税負担に関する分科会」で了承を得た上で、この日の総会に報告。日本医師会（日医）の委員は、大手調剤薬局チェーンの利益が拡大していることを指摘した上で、「保険薬局には零細な薬局と大手調剤薬局と、二つのやまがある。病院・一般診療所・歯科診療所・保険薬局と並べること自体、ちょっと無理がある」と苦言を呈した。

厚労省のまとめによると、平成 26 年度改定では、総額 2,648 億円（国民医療費ベース）の報酬上乗せを実施し、3%相当負担額は 2,594 億円。その差額は 54 億円で、補てん率が 102.07%だった。

厚労省は全体の把握結果について、病院・一般診療所・歯科診療所・保険薬局——に分けて「補てん差額」や「補てん率」などを提示。病院全体の補てん差額は 64 万 9,000 円（1 施設 1 年間当たり）で、補てん差額はプラス、補てん率は 102.36%だった。一般診

療所は4万4,000円のプラス（補てん率 105.72%）、歯科診療所も2,000円のプラス（同 100.68%）だったが、保険薬局は4万1,000円のマイナス（同 86.03%）となった。

消費税率5%から8%への引上げに伴う補てん状況の把握結果①（全体）

- 医療機関等全体で見た補てん差額は+54億円、補てん率は102.07%であった。
- 病院、一般診療所、歯科診療所の補てん率は100%を上回った一方で、保険薬局の補てん率は100%を下回った。

（1施設・1年間当たり）

	全体 (国民医療費ベース)	病院	一般診療所	歯科診療所	保険薬局
報酬上乘せ分 (A)	2,648 億円	28,167 千円	816 千円	362 千円	251 千円
3%相当負担額 (B)	2,594 億円	27,518 千円	772 千円	360 千円	291 千円
補てん差額 (A-B)	54 億円	649 千円	44 千円	2 千円	▲41 千円
補てん率 (A/B)	102.07 %	102.36 %	105.72 %	100.68 %	86.03 %
医業・介護収益 (C)	40 兆7,754 億円 国民医療費	3,757,894 千円	151,347 千円	51,032 千円	175,537 千円
医業・介護収益に対する補てん 差額の割合 (A-B) / C	0.01 %	0.02 %	0.03 %	0.00 %	▲0.02 %
集計施設数	—	(1,044)	(1,083)	(313)	(849)

※ 全体の値は、平成26年度の国民医療費(平成25年度の国民医療費等から推計)をベースにしたものであり、病院、一般診療所、
歯科診療所、保険薬局の値を平成25年度国民医療費の構成比率によって算出したもの

※ 病院、一般診療所、歯科診療所、保険薬局の値は、施設の類型別に算出した値を、施設数に応じて加重平均したもの

【第20回医療経済実態調査、レセプト情報・特定健診等情報データベース及び
平成25年度国民医療費等を基に、厚生労働省保険局医療課において推計】

5

（12月2日の中医協総会資料「消費税率8%への引上げに伴う補てん状況の把握結果」P5）

11月30日の分科会と同様に、総会でも日本薬剤師会の委員が補てん不足の理由を質問。厚労省の担当者は「報酬の上乗せ分、それから負担の状況という『分母』『分子』が関係する」とした上で、分子（報酬上乘せ分）について「保険薬局の調剤基本料の算定回数自体はさほど変化していない傾向があるので、分子はそれほど変わっていない」と説明。分母（費用）については、「費用の総額あるいは費用構造で見たところの消費税の課税費用割合がいずれも増加傾向にある」と指摘し、「その辺りが分母・分子に効いてきた。その結果として100%を少し下回っているのではないかと分析した。

これに対して、日医の委員は「大手調剤4社は2014年度の当期純利益が139億円出ている。かつ、内部留保と配当金の支払いで146億円という額に上っている」と指摘し、「病院・一般診療所・歯科診療所・保険薬局と並べること自体、ちょっと無理がある。ぜひ、その辺を考慮していただきたい」と要望した。

一方、中小病院を代表する委員は、「おおよそ補てんされているという結果だが、個々の病院には相当ばらつきがある」と指摘。公的病院を代表する委員も「消費税を診療報酬で対応することが公平なのか甚だ疑問」と不満を表した。支払側委員の発言はなかった。

② 「漫然とリハビリをやっている医療機関がある」と支払側

リハビリテーションの評価をどのように見直していくか。厚労省は、「リハビリテーションに関連する診療報酬の総額は、近年、診療報酬全体の伸びを上回るペースで増加」と指摘し、一定の実績や効果に基づく評価を進める方針。これに支払側も賛同し、「ただ漫然とリハビリをやっている医療機関がある」との認識を示したが、この発言に日医の委員が反論する場面もあった。

厚労省はこの日の総会で、急性期から回復期、維持期にわたるリハビリについて論点を提示。発症早期の“川上”は充実させるが、慢性化した後の“川下”は適正化していく方向性が改めて打ち出されている。

支払側委員は、各論点について意見を述べる前にリハビリ全般についてコメント。「医療機関によって、かなり差がある。すごく効果を出している医療機関もあれば、ただ漫然とリハビリをやっている医療機関があり、両極端。いろいろなADLのばらつきが見られる」と指摘し、“ばらつき”の原因に言及。「3回にわたって経過措置が延期されてきた。出来高で13単位まで取れるということがこの場で認められてきたこと等々、サービスの質を検証することなく出来高で取れている現在の仕組みがこうしたばらつきを生んでいるのではないか」と述べ、「今回の改定を機に、是正すべきことは是正すべき」と主張した。

これに対し、日医の委員は「PT・OT・STという国家資格を持った療法士を採用して、各施設が漫然とリハビリをすることはない。結果として、効果が上がらない患者さんもいる」と反論。「もし、『この患者は効果が上がりそうもないからリハビリをしない』ということにつながることを決めると、以前のように大変な社会問題化する」と主張したが、支払側が反論。平行線をたどった。厚労省が同日の総会で示したリハビリテーションに関する資料は96ページ。6項目に分けて課題や論点を整理している。

リハビリテーションに関する資料の構成

1. 回復期リハビリテーション病棟におけるリハビリテーションの質に応じた評価について	P3～20
2. 廃用症候群の特性に応じたリハビリテーションについて	P21～28
3. 維持期リハビリテーションについて	P29～48
4. 施設基準等における人員配置の弾力化について 1) 心大血管疾患リハビリテーション料 2) リハビリテーション職の専従規定 3) 回復期リハビリテーション病棟入院料1 体制強化加算	P49～64
5. 早期からのリハビリテーション実施の促進について 1) ADL 維持向上等体制加算について 2) 初期加算、早期加算、慢性疾患等の取り扱いについて	P65～78
6. その他 1) 医療機関外におけるリハビリテーションについて 2) リンパ浮腫について 3) 摂食機能療法について	P79～96

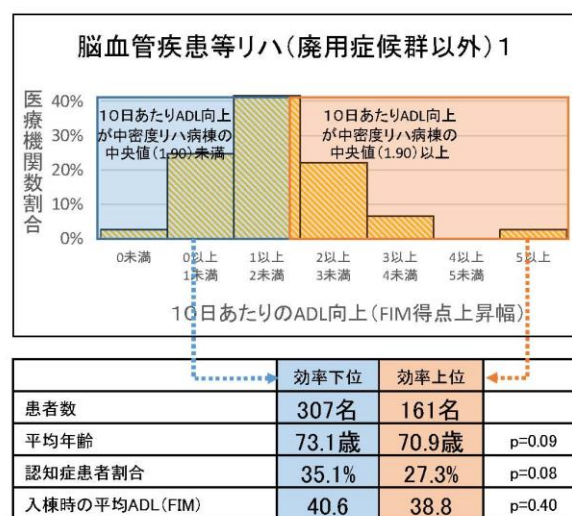
③ 1日6単位超を包括、「リハビリ上限は極めて慎重に」と日医

回復期リハビリ病棟で、リハビリの質に応じた評価をどのように進めていくか。回復期リハビリ病棟では、集中的なリハビリを実施する有効性を考慮して、1日の疾患別リハビリ料の算定上限が6単位から9単位に引き上げられているが、厚労省は「入院患者のほとんどに1日平均6単位を超えるリハビリテーションを実施しているものがみられる」と指摘。「ADL向上の度合いには、医療機関間で大きな差があり、1日6単位を超えるリハビリテーションを行っている医療機関であっても、3単位超6単位未満の医療機関と比べて、効果が下回っている場合もある」との課題を挙げた。

その上で厚労省は、「医療機関ごとのリハビリテーションの効果に基づく評価」を行う方針を示し、「提供量に対する効果が一定の実績基準を下回る医療機関においては、1日6単位を超える疾患別リハビリテーションの提供について、入院料に包括することとしてはどうか」と意見を求めた。厚労省は、10日あたりのADL向上（FIM得点上昇幅）のデータを「効率下位」と「効率上位」に分けて示している。

高密度にリハビリテーションを実施する医療機関のリハビリテーションの効果・効率

- 中密度（1日平均3単位超6単位未満）にリハビリテーションを実施する医療機関におけるリハビリテーションの効率（10日あたりのADLの向上）の中央値を境として、高密度（1日平均6単位超）にリハビリテーションを実施する医療機関を効率上位と下位に分けて比較したとき、回復期リハビリテーション病棟入院患者の特性（年齢、認知症を有する患者の割合、入棟時のADL）に有意な差はみられなかった。



- ¹ 1医療機関に回復期リハビリテーション病棟が複数ある場合は、1病棟を抽出して調査した。
- 当該疾患別リハを行った患者が4名未満の回復期リハビリテーション病棟は集計から除外した。
- 認知症患者割合の計算においては、認知症高齢者の日常生活自立度が3以上の者を認知症とした。

出典：検証調査（27年度調査） 17

（12月2日の中医協総会資料「個別事項（その5：リハビリテーション）」P17）

日医の委員は「効率下位」について、「『効率上位』よりも平均年齢や認知症患者割合が高い。これが重要なポイントだ」と指摘し、「対象患者像を明らかにすべき」と主張した。病院団体の委員も、「患者像は一定ではないので、高齢で認知症などが重なると効果が遅れることがある」とし、「例えば、脳血管は6単位以上やったほうが効果はあるので、何か多面的な評価を入れられないか」と提案した。

一方、支払側委員は「1日6単位を超える者について、提供量に対する効果が出ているのかを見極め、効果が出ている所と効果が出ずに漫然とやっている所とを区別すべき」と述べ、厚労省案について「この方向で見直すべき」と賛成した。

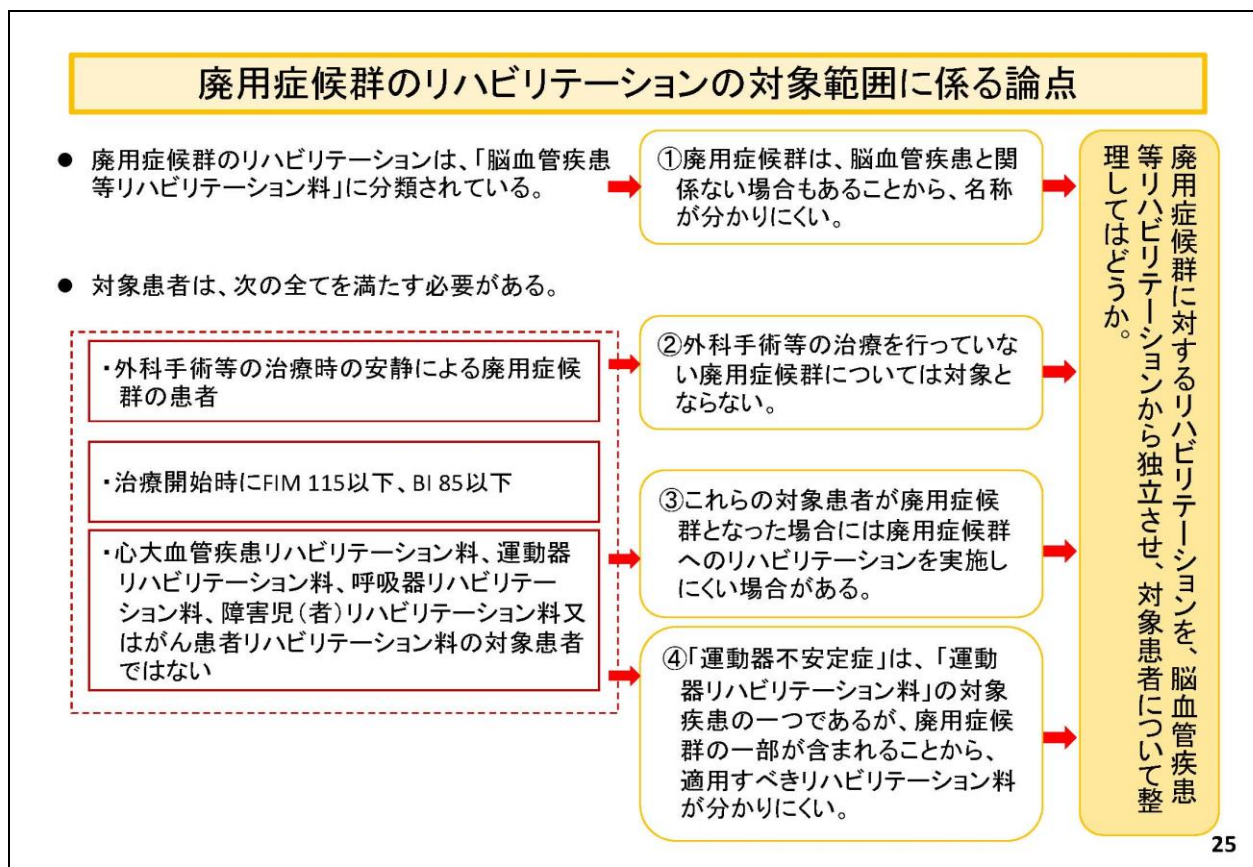
日医委員は、2006年度改定の疾患別リハ新設に触れ、「リハビリの算定日数上限を設けて、いわゆる『リハビリ難民』と言われる状態が起こって社会問題化した」と振り返った。その上で、「リハビリの算定上限を考えることは極めて慎重にすべき」と求めた。

④ 廃用症候群の対象患者、「整理することは了解する」と診療側

廃用症候群の対象となる患者の範囲をどのように設定していくか。厚労省は、「廃用症候群に対するリハビリテーションを、脳血管疾患等リハビリテーションの一部ではなく、独立した項目としてはどうか」と提案した。診療側は「対象患者を整理することに関しては了解する」と受け入れたが、「前回の改定で廃用症候群のリハビリの点数を運動器リハに比べて大幅に低く設定した」と指摘。「これ自体を見直し、元に戻すべき」と主張した。

一方、支払側委員は賛否を明言せず、「点数をそのまま独立させるという考え方でいいのか。どの疾患であっても、廃用症候群として算定できると理解していいのか」と質問。

厚労省の担当者は「脳血管疾患リハとは別の区分、カテゴリとして設けるという考え方を提案している」と回答。その上で、「現在のルールでは、複数疾患の場合にはそれぞれという考え方があるので、併算定ができるということが出てくる。分けるという整理をした場合には、併算定ができるというようなところが出てくる」と説明した。



⑤ 維持期リハ、「きっちりと今回の改定で整理すべき」と支払側

維持期リハビリテーションの介護保険への移行をどのように進めるか。平成 28 年 4 月以降、リハビリが介護保険へ移行となるケースは、①「維持期」の、②脳血管疾患等リハまたは運動器リハを実施している、③入院中以外の、④要介護被保険者——という 4 つの要件すべてを満たす場合のみとされている。

厚労省はこの日の総会で、「治療継続により状態の改善が期待できると医学的に判断される場合」など、介護保険への移行対象とならない「例外」のケースを詳細に挙げた上で、「移行の例外とすべき患者の状態等として、現行で例外とすることとされているもののほか、どのようなものがあるか」と、例外を拡大するかに読める書きぶりで意見を求めた。維持期リハは現在、月 13 単位を上限として算定可能となっている。

診療側委員は「13 単位の患者さんは今でも非常に多くいて、なかなかすぐに介護に移行できない」と現状を説明し、厚労省が示した「移行の対象とならないケース」を示しながら、「どういう場合に医療を続けられるかが丁寧に書いてある。ぜひそれを周知徹底して、きちんと 13 単位の形で残れるようお願いしたい」と求めた。

これに対し、支払側委員は維持期リハの介護保険への移行に関する経過措置が 3 回にわたって延長されたことに不満を表し、「医療機関によるリハビリ効果のばらつきは、経過措置延長の弊害だ」と非難。「きっちりと、今回の改定で整理すべき」と主張した。

厚労省は、維持期リハの介護保険への移行を円滑に進めるため「介護支援専門員と協働して介護保険によるリハビリテーションを紹介し、見学、体験等を提案することを評価」と提案したが、支払側は「介護保険リハビリテーション移行支援料の中で実施すべき事項」と慎重論。「これとは別に何か仕組みをつくるのは正しい方向ではない」と主張した。

⑥ リハ要件、「緩和して点数同一はあり得ない」と支払側

算定件数や対象患者が少ないリハビリをいかに充実していくか。厚労省は、心大血管疾患リハビリテーション料について「届出施設数、月あたり算定件数は、疾患別リハビリテーションの中では最も少ない」と指摘し、要件を緩和する方針を示した。「循環器科や心臓血管外科の標榜がなくても、一部の疾患について、心大血管疾患リハの経験を有する医師が実施する場合など、安全性と有効性が維持できる場合には実施できる」と提案した。

対象者が少なく算定回数も低い難病患者リハビリテーションについては、「2 名の従事者の専従が求められており、他の専従との兼任や、難病患者リハビリテーションを実施しない日における他の業務への従事ができない」との課題を挙げ、「難病患者リハビリテーションの実施日が他のリハビリテーションと異なる場合、難病患者リハビリテーションの専従者に、他のリハビリテーションの専従者との兼任を認めてはどうか」と提案。さらに、「難病患者リハビリテーションを行う日以外において、難病患者リハビリテーションの専従者が他の疾患別リハ、障害児（者）リハ、がん患者リハに従事することを認めてはどうか」と緩和の方向性を示した。

また、言語聴覚士の「専従」に関する課題を挙げ、摂食機能療法の経口摂取回復促進加算や障害児（者）リハビリテーション料（言語聴覚療法を行う場合）について、「特に実施件数が少ない場合等は、届出の要件となる専従の常勤言語聴覚士が、他の施設基準の専

従者としても届け出ることや、他の業務へ従事すること等を認めてはどうか」と提案した。

これらについて支払側委員は「要件を緩和するということで共通している」と難色を示し、「要件だけを緩和して点数は同一ということはある得ない」と引き下げを求めた。

一方、診療側委員は「専従規定をいろいろ考えていただけるのはうれしい」と評価しながらも、「『専従』となると、どうしても『常勤』という要件が出てくる」と懸念し、「昨今、妊娠・出産等で、短時間労働の従事者がいて、専従要件をなかなか満たさない」と現状を説明。「『専従』というよりは『常勤』に換算できたほうが、ワーク・ライフ・バランスという観点からも職員がより働きやすくなる」と提案した。

⑦ 次期改定への中医協の意見、「両論併記で」と支払側

「マイナス改定」の声が高まるなか、中医協としてどのような意見をまとめるか。支払側は「両論併記という形でもやむを得ない」としたが、これに診療側は「最初から両論併記と言わないでほしい。何か一致点を見いだす努力をお互いにしないか」と理解を求めた。

しかし、支払側は「診療報酬をプラス改定にして 2015 年の骨太方針を実現できるのか。マイナス改定は当然の結果である」と一步も引かなかった。

この日の総会では、リハビリテーションの議論に続いて、「診療報酬改定に関する基本的な見解（各号意見）」が最後の議題となった。支払側は、国民医療費が高騰する中で、社会保障費の負担増加を抑制する必要性を指摘。政府が「骨太方針 2015」で抑制の方向を打ち出していることを挙げながら、医療機関等の経営を「中期的におおむね堅調に推移している」とし、「診療報酬はマイナス改定とすべき」「薬価・特定保険医療材料改定分（引き下げ分）を診療報酬本体に充当せず、国民に還元する必要がある」と求めた。

一方、診療側は、医療・福祉に携わる従業員の給与が他の産業に比べて低い水準にあることを指摘。「アベノミクスの成果によって 1 人平均賃金が 2.4%と大きく上昇しているが、医療に従事する者に関しても診療報酬から手当として、従業員の賃金も上げていかなければいけない。診療報酬自体を上げていただかないと、その原資は出ない」と訴えた。

診療側はまた、薬価等の引き下げ分を本体の改定財源に充当することを求め、「薬剤は診察等と不可分一体。その財源を切り分けることは不適當」と主張。「今回、マイナス改定を行うことになれば医療崩壊の再来を招くことになる」と警鐘を鳴らし、「政府は必要財源を確保し、診療報酬本体はプラス改定とすべきである」と結んだ。

支払側・診療側ともに「中医協としての意見」をまとめることには合意したが、それぞれの主張に大きな隔たりがあるため、支払側委員は「両論併記でやむを得ない」と述べた。

両側の意見を踏まえ、中医協会長の田辺国昭氏は「次回の改定でも意見書を取りまとめるというのが双方の意見だった。公益委員の先生方と相談して意見書の素案を作成するので、次回以降の総会で議論したい」とまとめた。

【今後の予定】平成 27 年 12 月 4 日（金）