

## 平成24年度診療報酬改定について

厚生労働省保険局医療課長 鈴木 康裕

厚生労働省保険局医療課長の鈴木です。本日は、今回の平成24年度診療報酬改定で今後の日本の医療のあるべき姿の何を投影したのかということについて、特に2点を強調してお話ししたいと考えています。

1点目は、今回の診療報酬の改定は、直前の大きな課題に取り組みつつ、なおかつ、これから13年後の2025年に、日本の医療をどのような姿で、どう着地させるのかという少し中長期的な視点を入れた改定だったということです。

2点目は、前回の改定と今回の改定は、民主党政権下で何とかプラス改定となりましたが、この厳しい経済状況、医療財政の中で、これからもずっとプラス改定であるかどうかは保証の限りではないと思います。ある意味、厳しい風が吹く可能性があるなかで、これから申し上げる今回の改定に込めたさまざまなメッセージを受け止めていただき、特に医療機関の先生方に、ぜひご自分の病院、診療所の立ち位置を再確認していただきたいと思っています。全体の流れがあるひとつの方向に向かうなかで、ご自分の病院の規模、得意な科目、診療圏や周りの医療機関などを総合的に考慮して、どういう方向に進むべきかということを見極めていただきたいと思っています。以上の2点が大きなメッセージになっています。

また、本日の私の話は大きく2つのパートに分かれています。1つ目のパートでは、今回の平成24年度改定以上に特化した改定である前回の平成22年度改定を振り返ります。2つ目のパートでは、平成22年度改定の振り返りをベースに、平成24年度改定のお話をしたいと思います。ここでは改定の中身をご紹介するのはもちろんのこと、むしろ、なぜこういうことをしたのか、どういう改定項目に関する質問が多いのか、今後どうなっていくのかということについて主にご説明したいと思います。

### ★平成22年度診療報酬改定の光と影

まず、【スライド2】は前回の改定です。前回は10年ぶりのプラス改定ということで、0.19%のプラス改定でした。少し覚えておいていただきたいのは、ここに「医科」と書いてありますが、これは病院や医科の診療所に入ったお金です。4,800億円。この数字が前回の数字です。その中で、入院が4,400億円、外来が400億円ということで、かなり入院に重点を置いた改定になっています。

また、ここには書いていませんが、4,400億円のうちで急性期の入院が4,000億円でしたので、そういう意味では急性期以外の亜急性期、慢性期やその他の入院というのは400億円しか割り当てられていないということになります。

前回の主な論点は、救急、産科、小児、外科等の再建と病院勤務医の負担軽減ということでしたので、主に何をやって、その結果何が起こったかというのを簡単に振り返りたいと思います。

【スライド3】は産科についてです。産科は、普通の正常分娩というのは保険の給付の対象外ですので、いわば何かあったときに保険がカバーしているのですが、そのようなハイリスクの分娩管理の診療報酬を1.5倍引き上げました。そのせいもあって、ハイリスク分娩の届出医療機関というのは10%強の伸びを示しています。

それから、これは、必ずしも診療報酬だけでこのようになったと豪語するつもりはありませんが、長い間減っていた産婦人科医数がようやくプラスに転じたということで、少し潮目が変わりました。これが産科です。

【スライド4】は小児科についてです。新生児のICUであるNICUの管理料に対する診療報酬を2割ほど引き上げました。また、新生児を搬送した場合の加算というものも新設しました。その結果、NICUの病床数が3割近く増えました。

また、これも先ほどと同じように、診療報酬だけでこうなったと豪語するつもりはありませんが、長い間減少傾向にあった小児科医数がようやく増加に転じて、ここも潮目が少し変わってきているということになります。

【スライド5】は救急についてです。救急は、手厚い医療体制の救命救急センターの入院料やハイケアユニット（高度で緊急を要する医療を行うための病室、ICUよりは軽傷な患者を収容する）の管理料を大幅に増点しました。特に、医療体制が充実段階Aの救命救急

センターの入院料は2倍となりました。また、患者を重症度と緊急性によって分別し、治療の優先度を決定するトリアージへの加算も新設しました。平成22年度改定当時は、小児のトリアージについてのエビデンスしかなかったため、小児にのみ加算しています。

救急医療に対してこのような改定を行ったことで、例えば手厚い医師配置で重篤な患者を受け入れる救命救急センターの数が約2割増加し、ハイケアユニットの病床数に関しては、約75%増加という驚くべき結果となりました。この結果を見ると、特に第3次救急医療機関というのは、平成22年度改定によく反応していただいたということになります。

また、救急の場合、我々は、救急の前線医療機関である夜間診療所や後方病床機能としての有床診療所も大事だと考えています。【スライド6】をご覧くださいとわかりますが、そのような救命救急を支える地域での連携や体制に対しても、診療報酬の加算を新設しました。これに関しては前々回の改定時の点数がないので比較はできませんが、月の算定回数等をご覧くださいと、一定程度普及をしているものと思われる。

これが産科、小児科、救急について、何をして、何が起こったかです。

それから平成22年度改定のもう一つの論点は、病院勤務医の負担軽減についてです。【スライド7】は、勤務医の負担感がどの程度、変化したかということを示しています。こちらをご覧くださいと、平成20年度改定後は、勤務状況が改善傾向にあると考えている人(14.3%)より、悪化傾向にあると考えている人のほうが多い(34.8%)ということがわかると思います。また、平成22年度改定後も同じ傾向にあります(18.9%<24.3%)、異なる点は、改善傾向にあると考えている人が約3割増えて(14.3%→18.9%)、悪化傾向にあると考えている人が約3割減少していることです(34.8%→24.3%)。平成20年度改定後と比較して、依然、勤務状況が改善傾向にあると考えている人より悪化傾向にあると考えている人のほうが多いという点では、まだまだ勤務医の大変さは改善しなければならないのですが、全体としては、少しずつ改善されてきていると考えることができると思います。

これまでは平成22年度改定の光の側面についてお話ししてきましたが、光の裏には影があります。【スライド8】は、平成22年度改定の結果、病院の収入がどうなったかということ、対前年比の伸び率を示すことで表しています。例えば500床以上の病院ですと、約11%収入が伸びています。大学病院では約12%収入が伸びていますけれども、

逆に200床未満の病院というのは4%前後しか伸びていません。医療費は、改定のない年でも毎年3%強伸びていますので、そういう意味では、平成22年度改定は、小さな医療機関に対してあまり大きなプラスの追い風にはならなかったことがわかります。

それから、我々は、医療機関の経営状況を見るために、毎回診療報酬改定の前に医療経済実態調査というのをやっていますが、今回は調査方法を大幅に変更して、かなりの改善が見られたと自負しています【スライド10】。というのも、今までは単に病院、一般診療所、歯科診療所などの各区分から、医療機関を層化無作為抽出し、6月単月の利益率を見て、2年後にまた全く別の医療機関を層化無作為抽出して比較していたので、サンプルが異なるためにかなりブレが大きいということがありました。そこで、今回は、同じ医療機関で改定前の1年間と改定後の1年間を比べたので、振れ幅が相当少なくなりました。

【スライド11】と【スライド12】の表の数字は、利益率（収入から支出を引いた損益差額の構成比率）を示しています。【スライド11】の下の表を見ていただくと、「①一般病院等」の中の医療法人立病院は、3.4%から4.8%に1.4ポイント改善しているということがわかります。利益率はそれぞれ違いますけれども、悪いところは悪いなりによくなっているということが言えると思います。精神科は病床利用率が少し落ちるなどして、若干利益が下がっています。

それから、【スライド12】の「②一般診療所」、「③歯科診療所」、「④保険薬局」の表を見ていただくと、法人立の診療所及び薬局では、利益率が大体3から5%程度で、少しよくなっているところが多いです。個人立については随分数字が大きいと思われるかもしれませんが、会計簿上、院長先生の給料とか借入金の返済は、個人立の場合は全部利益に入ってしまうので、それらを差し引くとほぼ医療法人並みになると考えています。

これが前回の改定前後の形です。

## ★医療と介護に共通する4つの課題とは？

では、平成24年度改定について少しお話をしたいと思います。介護報酬の改定は3年に1回、診療報酬の改定は2年に1回行っていますので、今回は6年に1度の介護報酬と診療報酬の同時改定となりました。

まず、高齢化が進む中で、我々がぜひ考えなくてはならない医療と介護に共通する課題について4点ほど申し上げます。その後で、医療単独の問題、特に我々が入院・外来・在宅に関して最大の課題意識を持っていることについて、少しご紹介したいと思います。ある意味、我々はそれらを改善し対処することに、今回の改定の主眼を置いたということになります。

まず1点目の課題についてですが、【スライド13】のグラフをご覧ください。「高齢者単身世帯における要介護分布の年次推移」のグラフの青い部分は、要介護3以上で一人住まいの高齢者数です。このような要介護3以上の高齢者単身世帯は、平成13年から19年にかけて、約3倍になりました。要介護の認定審査をしておられる先生方はよくご存知だと思いますが、要介護3以上で、特に認知症の方のひとり暮らしはかなり厳しいものがあります。私が老人保健課長として介護保険を担当していたときは、配偶者や子供世帯など誰かが家庭の中にいることを前提としていました。やはりこれからは、要介護の方が一人で家にいるという状況にどう対応するのかということについて、考えていかなければならないと思います。

また、【スライド13】の右側のグラフ「高齢者単身世帯と高齢者人口の伸び率」をご覧ください。と、高齢者単身世帯の伸び率（青い線）が、高齢者人口の伸び率（赤い線）を上回っていることがわかると思います。高齢者人口はもちろん増え続けていますが、その伸びを大幅に上回る形で高齢者の1人世帯が増えているということになります。この傾向はますます大きくなっているというのがまず1点です。

それから2点目の課題は、日本でいう団塊の世代、つまりベビーブーマーの影響です。【スライド14】のグラフは、2007年と2012年における団塊の世代の年齢と人口を表しています。このグラフからは、おそらく2つのことを読み取ることができます。1つは、最も人口の多い年代で、年間大体何万人生まれたのかということです。グラフを見ると、220万人生まれたことがわかります。団塊の世代より前の人たちの人口は、120～130万人ですので、年間100万人の差があります。ご存じのとおり、現在年間生まれる子供の数は100万人以下ですので、団塊の世代の1年の人口の数というのは2年分に匹敵するということがいえます。ですから、この世代の方々が高齢化のときのプレッシャーというのは大変大きいというのが、まず1つ。

もう1つは、この方々が今何歳かという、大体65前後です。ということは、あと5年たつと70歳、あと10年たつと75歳ということで、当然ながら要介護認定率が上がり、医療にかかり、また入院する率も上がるということで、この波をどう受けとめるかということがこれから5年、10年先の厚生労働省もしくは日本の高齢化対策として一番大きな仕事になると思います。

3点目の課題は、日本国内の高齢者人口増加数の地域差についてです。【スライド15】では、各県の2005年の高齢者数を青、それから2025年までの20年間に増える高齢者数を赤で示しています。両方合わせると2025年の各県の高齢者数になります。

このグラフの右側のほうを見ると、あまり実数としては高齢者が増えない県が多いということが分かると思います。こういうところはすでに高齢化率（65歳以上の高齢者人口が総人口に占める割合）が高いため、今さら新たに、例えば特養や老健を新たにつくったりということではなく、むしろ今あるそういう基盤をどう維持していくか、特に減っていくであろう若い医療や介護の労働力をどう確保するのか、ということが大きな課題となっています。

逆にグラフの左側が大都市のデータですが、高齢者が劇的に増えます。当然ですが、大都市は土地が高いです。また、都会には若者にとって魅力的な職業が他に多くあるため、必ずしも魅力的な職場だとは思われていない医療や介護の労働力をどう確保するのかということが、ここでも問題になってきます。ですので、大都市でも、今までのように病院や特養をつくり、そこに高齢者を收容しようというモデルはおそらく通用しないため、高齢者をどうするのかということがやはり大きな問題になっていくと思います。

4点目の課題は、年間の死亡者数の変遷についてです。現在はだいたい年間100万人の方が亡くなっていますが、25年たつと年間160万人になります。これは、ほぼ人口統計学的に確かです。

【スライド16】のグラフですが、黄緑が医療機関の中で亡くなる方、オレンジと黄色が自宅で亡くなる方を示しています。ちょうど1975年頃、医療機関で亡くなる方と自宅で亡くなる方の数が同じくらいでした。また、終戦直後は8割以上の方が自宅で亡くなっていましたが、今は8割以上が医療機関の中で亡くなっているということがグラフから読み取れると思います。

ここからは全くの私の個人的な推計になりますが、医療機関で看取ることができる数は大幅には増減しないものと思われます。確かに、入院医療の機能分化が進み、今看取りも行っている病院が、かなり病床を限定した高度急性期に特化した病院となった場合、そこで看取ることができる人の数は減っていくと考えられますが、そのような病院が大幅に増えるとは考えにくいので、医療機関で看取ることができる数はそれほど減少しないものと思われます。また、要介護の方が増えていくと、自宅で看取ることができる数というのはそんなに増えないかもしれませんが、1.5倍ぐらいは増えるというふうに推計をしました。青色のところは、介護施設で亡くなる方の数ですが、これは介護保険事業計画に基づいて着実に増えていく堅い数字だと思います。このグラフの注目すべき点は、緑色のところの「その他」の大体50万人（約47万人）の人たちが、今のままでは最期を迎える場所がないということです。病院でも死ねない。自宅でも死ねない。おそらくこの部分の人たちは、現在の有料老人ホームやサービス付き高齢者住宅などで最期を迎えるしかないわけですが、私はこれについて必ずしも悲観的にとらえる必要はないと思っています。というのも、一般病床を中心とした医療機関で看取る方が90万人という時代に、誤解を恐れずに言えば、新たに50万人看取るというフロンティア、つまり未開拓のマーケットがあるとも考えられるわけです。国家財政が厳しく、国の補助金ですべてをフォローするのがなかなか難しい中で、ここをどう整備をしていくのか。先ほど申し上げた25年後に死亡者数が160万になるということを考えると、この問題に関連して、医療保険や介護保険でどうサービスを提供していくかということについて、ここ5年ぐらいで考えなければいけないと思っています。

これが、高齢化が進む中で、医療と介護に共通する4つの課題です。

## ★今後の入院・外来・在宅についての我々の課題意識

次は、医療に特化した入院、外来、在宅の課題をまず申し上げます。

まず入院ですが、【スライド17】の左側のグラフは、現在の一般病棟等の病床数を表しています。これは看護基準が、7対1という一番厚いものから、一番看護基準が薄い療養病床までを図示しており、このような形を「盃型」と呼んでいます。7対1看護基準の病床は、驚くべきことに現在33万床です。この7対1看護基準というのは、前回の診療報酬と介護報酬の同時改定である平成18年度改定で創設されました。平成18年度改定当

時、7対1看護基準の病床は大体2万床になるものと推計しておりました。2万床と予測していたものが、10対1看護基準と比較して患者さん1人につき一日2,550円（1,555点（7対1入院基本料）－1,300点（10対1入院基本料）＝255点、255点×10円＝2,550円）診療報酬が高くなるということで、多くの病院が看護師を増員して7対1基準をとり、あっという間に広がりました。これは、ひと月に換算するとおよそ75,000円（2,550円×30日＝76,500円）、50床だと400万円近く差がでてきます。

しかし、我々は、一体改革の中では、ボリュームゾーンというのは1番上（高度急性期）ではなく、2番目（一般急性期）くらいに来るべきではないかと考えています。ちょうど【スライド17】の右側の図のような形（「砲弾型」）に移行していくのが、今後の姿なのではないかと。ただし、都市部では、病院を急性期、亜急性期、慢性期というように機能分化していくことが可能であっても、地方では、1病棟の中に急性期と慢性期が混在するような状況も多いと思うので、「砲弾型」の図中に縦に「地域に密着した病床（24万）」とあるように、別の仕組みを作る必要があるのではないかと、とも考えています。

ここまで、入院について申し上げました。

次が外来です。【スライド18】は、横軸が1人1日当たりの平均的な外来売り上げを表しています。青い線が診療所、赤い線が病院です。当然ながら病院のほうが売り上げが高いところが多いのですが、我々の問題意識は、グラフの肌色部分、つまり病院でありながら1人1日当たりの売り上げが6,000円以下のところにあります。これが意味するところは、おそらく病院であっても、相当程度、例えば風邪や腹痛などの軽度の病気を扱っているということです。これは、中小病院や開業医の少ない地域ではやむを得ないと思います。しかしながら、特定機能病院や大規模病院で1人1日当たりの売り上げが6,000円以下であると、これは明らかに人員の配置や設備の配備から考えてミスマッチとなります。試算を行ったところ、特定機能病院等に救急車で来られる患者さん1人と、紹介状なしで来られる患者さん1人を、入院確率や入院した場合の医療費等の点から比較分析すると、病院の売り上げには40対1の差が生じます。つまり、駅前の大病院でいつも患者さんがいっぱいで見経営が安定しているように見えても、実際は赤字ということが起こりえます。ですから、病院をうまく機能分化していかなければ、適切な医療資源の利用ということにならないと思います。

3つ目は在宅ですが、平成18年に在宅療養支援診療所という制度をつくりました【スライド19】。これは在宅医療を進めるために創設したのですが、調査をしたところ、在宅療養支援診療所と認定されたおよそ13,000の医療機関のうち、年間1人でも看取ったことがあるところは、6,000も存在しないことがわかりました。つまり、認定された在宅療養支援診療所のうち半分以上も看取りを行っていないということなので、適切に在宅医療を推進していくために、在宅療養支援診療所の活性をどう高めていくのかということがまず一つの課題です。

また、【スライド19】の左のグラフをご覧くださいと、各県の在宅看取り数のうち在宅療養支援診療所が看取っている在宅死亡数（グラフの青色部分）は、大体5分の1から4分の1しかないことがわかります。他（グラフの赤色部分）は、一般の診療所や一般の病院が在宅死亡を看取っているということですので、いきなり在宅療養支援診療所だけが看取りを行うというのはやはり困難であるということがいえると思います。このあたりをうまくチーム化や連携させるなりにして、どう適切に在宅療養支援診療所が在宅医療にかかわることができるかという点が、今後の診療報酬や医療提供体制を決定する上で重要な点であると考えています。

ご参考までに、【スライド20】をご覧ください。平成23年時点における一般病床は、107万床あります。一般病床とは、病床のうち、精神病床でもなく療養病床でもないものを指します。つまり、バスケットクローズ、いわゆる「ごった煮」です。ですので、“一般病床”イコール“急性期病床”という考えは間違いであり、やはり急性期には急性期医療に適した人員の配置や施設設備の配備などの医療資源の投入が必要だと思われま。また、このような病院・病床の機能分化を、診療報酬というお金の払い方で決めるのがいいのか、それとも医療法という法律の中で規制するほうがいいのかについては色々と議論がありますが、この医療・介護機能の再編はやっていかなければならないことだと思えます。

また、今後の改定についてロードマップ的にいうと、今回の改定を含めて2025年までに医療・介護の同時改定は3回あり、医療単独の改定は4回あります【スライド21】。この計7回の改定で、これまで申し上げてきた最終的な着地点に向けて、少しずつ舵を切っていくということを特に医療界の方にご理解をいただいた上で、ご自分の医療機関がどこを目指すのかということ突き詰めて考えていただきたいと思えます。

## ★平成24年度診療報酬改定の財源はどこに？

今回の改定で、我々は医療費が年間約40兆円になるものと想定しています【スライド25】。改定の財源をどう生み出すかということですが、2つのことが考えられます。1つは、薬剤費等の引き下げです。薬剤費等は、給付されている額に比べて実勢価格が下回っていますので、実勢価格まで給付を引き下げます。それから、もう一つは、プラス改定を行いましたので、そのプラスの額だけ財源が増えます。

それでは、今回医療費がいくらになったのかというのを見てみますと【スライド25】、薬剤費が約8.4兆円となり、今回実勢価格の引き下げ分として5,500億円が捻出されました。また、今回さんざん苦勞をして、何とかプラス改定にさせていただき、そこで生み出された財源が16億円です。ですから、5,500億円と16億円を比べていただくと、いかに薬の引き下げというのが大きなインパクトを持っているかというのがよくわかると思います。

その捻出された5,500億円ですが、当然ながら歯科、調剤にも配分するとして、医科には約4,700億円が配分されました。さきほど、平成22年度改定では医科に4,800億円配分されたと申し上げましたが、約100億円違うということになります。

それから、入院、入院外の比率ですが、平成22年度改定では、入院に4,400億円、入院外に400億円が配分されましたが、今回の改定では、入院に3,300億円、入院外に1,400億円が配分され、明らかに前回より在宅医療および外来に目を配っているということになっています。診療報酬の改定率は、年末に財務大臣と厚生労働大臣が折衝を重ね、最終的に合意するのですが、前回の改定では、その合意文書の中に急性期の入院医療に4,000億円を配分するという文言があったので、それに応じて配分した結果が先ほどの入院に4,400億円、入院外に400億円という形です。今回は、入院及び入院外についての配分の指定がなかったのでこのような形になりました。

また【スライド25】の真ん中にあります「医科に配分された財源（約4,700億円）の内訳」をご覧くださいなのですが、今回の改定には3つの重点項目があります。1つは新しい技術の導入で、2,000億円を配分しています。2つ目は、医療・介護の機能分化・連携および在宅医療の充実に対するもので、1,500億円配分しています。また3

つ目は、病院勤務医など医療従事者の負担軽減および処遇改善を推進するためのもので、1,200億円配分しています。

## ★平成24年度診療報酬改定の中身について

これから改定の中身を説明しますが、主な項目の改定の背景や今後どうなるかということを中心にご説明をいたします。

【スライド27】と【スライド28】は、今回の改定の整理表です。改正の3つの重点項目（①医療従事者負担軽減、②医療介護連携等の推進、③医療技術の導入等）のそれぞれについて、入院に関するもの、外来に関するもの、在宅に関するものを記載しています。青色の数字は、各項目の詳細について説明しているスライド番号になります。もちろん、これは全項目ではありません。

まず、子供だけのICUであるPICUに対する加算を新設しました【スライド29】。もちろん、子供をICUに入れた場合の加算というの以前からありますが、これは小児専用でして、全国でもおそらく数カ所ぐらいしか出てこないと思います。皆様方ご存じのように、新生児、周産期の死亡率というのは、日本は世界で一番低いです。しかし、実は1歳児、2歳児の死亡率は比較的高いです。これは、日本の入浴習慣に起因するもので、1歳児、2歳児のお風呂での水没事故が非常に多いためであり、シャワーを使う文化ではほとんど起こりません。水没事故の場合、できるだけ早く病院に運び、体外循環等を含めてきちんと手当てをすることが非常に救命の点では大事です。ですので、そういうところをPICUに対する加算を新設することでカバーしました。

それから救急ですが、我々が大切だと思っていることは、3次救急医療機関だけに患者さんを集中させないということです。救急搬送について過去10年間の分析をしたところ、高度は増えていないし、子供も増えていないことがわかりました。また、ご高齢の方も、重度の方は増えていません。増えているのは、ご高齢の軽度と中度だけです。そのほとんどが肺炎と大腿骨の骨折です。呈する症状は、おそらく発熱、脱水、意識混濁等です。このような患者さん全員が3次救急医療機関の窓口に行き占有したら、3次救急が機能しなくなってしまう。ですので、一般病床や療養病床にもこのような患者さんを受け入れ

ていただくなどして【スライド30】、分散化、つまり3次救急に患者さんが集中しない仕組みの推進を図っています【スライド37】。また、小児だけであったトリアージを全年齢層に拡大しました。さらに、深夜・土曜・休日に救急車などで2次救急医療機関に搬送された患者さんに対する外来での初期診療について、評価を新設しました。

勤務医等の病院医療従事者の負担軽減の問題ですが、この問題に関して我々が重視していることの1つは、チーム医療の推進です。つまり、医師だけがやるとか、看護師だけがやるとかということではなくて、チームでやりましょうと。また、医師や看護師などの専門職が、それぞれの職種にしかできないことに注力できるような体制づくりも大切です。もちろん、圧倒的に病院医療従事者の人数を増やせれば話は別ですが、少なくとも現行の仕事の仕組みの中で負担の軽減を図るといことは、こういうことなのではないかと考えています。

そういう意味で我々が大事だなど思っているのは、【スライド34】の一番下にある「予定手術前の当直に対する配慮」です。これは何かというと、例えば、外科の先生が当直でほとんど眠らずに救急患者さんに対応し、そのまま朝から手術に入り、十何時間も手術をして、結果的に30時間連続勤務というような状態になることがあります。これは今明確に事故が起こっているわけではないですが、外科学会のアンケートを見ると、明らかにヒヤリハット事例が増えています。もちろん、緊急手術が入った場合などはやむを得ないですが、手術予定表や当直予定表を作成するときから連続勤務になるということが分かる場合には、そのような勤務体制はやめませんかということを言っています。

また、例えば生命保険の証書記入など医師事務作業を軽減させるための補助者の配置をよりきめ細かく評価しました【スライド35】。

看護師の負担軽減については、25対1という急性期の看護補助体制を加算しました【スライド36】。この看護補助者の配置は、今までは50対1、75対1だけでしたが、既に50%ぐらいの病院が25対1をつけていて、そういう意味では朗報だと思います。これは、例えばリネンの交換や配膳など、必ずしも看護師でなくてもできることを看護補助者に役割分担するという事です。

また、【スライド36】をご覧くださいと、「看護補助者5割以上」などと看護補助者の割合で点数を若干変えています。あまり良くない言葉なのですが、ここに「見なし看護補

助者」という言葉があります。これは何かというと、例えば7対1の看護基準以上に看護師を集めて、その基準以上の数の看護師を看護補助者と見なすということです。これは当然ながらある程度やむを得ないのですが、全部が看護師ということになると、看護師でなくてもできる業務を引き続き看護師が行うことになったり、高コスト構造になるという問題が生じます。また、この看護補助者の枠に看護師を採用すると、結局市中の看護師の需給が非常に逼迫するというようなことも起こりえます。この問題については、引き続き真剣に考えていくことが必要です。

初・再診料関係では、再診料を上げるか否かというところがポイントの1つでした。前回の改定では、診療所の再診料を2点引き下げて、診療所と病院の再診料を同額にしました。今回の改定では再診料の点数は変えませんでした。次の2つの加算を行いました【スライド38】。

1つは、複数科受診における再診料の加算です。これは何かというと、同じ医療機関で同じ日に複数の科を受診する場合のことです。例えば、足で整形に行って、緑内障で眼科に行くというものです。今までは、2つ目の科では再診料を支払う必要がありませんでした。それを、あくまで患者さんの意思で複数の科を受診する場合には、2つ目の科でも1つ目の科で支払った再診料の半額くらいを支払っていただきましょうということになりました。

もう1つは、名称をわかりやすく「時間外対応加算」と変えましたが、診療所の時間外の電話対応等の評価を充実させました。これは、特にコンビニ受診の多い準夜帯に診療所の電話対応を行うと、その時間の病院のコンビニ受診が減るという分析結果があり、前回の改定では準夜帯のみ評価していましたが、今回は24時間対応、準夜帯対応、輪番制対応という3層構造で評価することとしました。

それから、軽傷の患者さんが特定機能病院等を受診することについての対策としては、次の2つの評価の見直しを行いました【スライド39】。

1つは、紹介率が40%未満で、かつ、逆紹介率も30%未満の特定機能病院と500床以上の地域医療支援病院については、紹介状がない場合の初診料を270点から200点へ下げました。また、70点の外来診療料を52点に下げました。そして、この改定による差額は選定療養費として全額患者さんから徴収することができることとしました。

この新しい初診料・外来診療料の評価の導入には1年の猶予があります。おそらく都会の特定機能病院の幾つかに該当するところがあるかもしれませんが、逆紹介率等を少し熱心にやっていただければ、これは回避できると思います。また、今後こういうことをしっかりやって、かつ、逆側では、専門外来というのをきちんと評価をして、少しずつ舵をそちらに切っていただくという形がいいと思います。

それから、チーム医療の推進の1つとして、病棟の薬剤師の業務に対する評価を行いました【スライド41】。病院の薬剤師は、今までは薬剤部におられることが多かったのですが、例えば抗がん剤のミキシングを病棟で行うとか、それから、入院時に患者さんが持ってくる残薬といいますけれども、それを確認して調整するとか、そういう業務を1人20時間以上行った場合には、加算することとしました。おそらく病棟での薬剤師の業務を評価したのは、今回が初めてではないかと思います。

在宅医療は、在宅療養支援診療所というのをつくっていますので、そこを中心に充実を図りました【スライド44】。在宅療養支援診療所の先生方の中で一番大きな声というのは、やはり「医師が1人ではつらい」ということですね。特に末期の患者さんを何人か抱えておられると、365日、24時間、いつ電話が来るかわからないという状態になります。そこで、①3名以上の医師が所属する診療所が在宅医療を行っていたり、②複数の診療所がグループを組んで在宅医療を行っているなどの、機能を強化した在宅療養支援診療所/病院に対しては、評価の引き上げを行いました。

また、最期まで訪問診療しながら看取りを行うというターミナルケア加算ですが、これは点数が少し高いという声のほかに、もう1つあったのは、ターミナルケアを在宅ですずつと行ってきて、最後の看取りの時だけ医療機関に入院した場合には、ターミナルケア加算を申請できないということが頻発しているという声です。つまり、患者さんや家族の方とはゆっくり話をして、「このまま在宅で最期まで行きましょう」といって、最後の最後の瞬間に、これは最期ですから、ちょっと親戚の方を呼んでいただいといて、親戚の方が来ると、一目見て、これは病院に行ったほうがいいのではないかという話になり、病院にポンと行ってしまっ、結局この点数が申請できないということが頻発していました。そこで、今回の改定では、最期に向けてのターミナルの部分と最期の看取りの部分に分けて、少し言葉は悪いですがけれども、とりっぱぐれのないようにしました【スライド44】。

それから、訪問看護です【スライド47】。我々は、訪問看護は訪問診療と並んで在宅医療の鍵だと考えています。そこで、訪問看護の充実を図るために、訪問回数や対象の制限等について、要件の緩和を行いました。例えば、外泊日や退院当日、退院直後は訪問看護の対象とならず、今までは非常に不便だったのですが、ここに訪問看護が円滑に対応できるように要件の緩和を行いました。特に、高齢者の方の退院直後に色々と不便な状態が生じていました。多くの高齢者の方は入院中に要介護認定を受けることができます。要介護認定を受けると、その瞬間から法律的には介護優先になり、訪問看護やリハといった医療でも介護でも受けられるサービスを受ける場合には、介護の側からしか受けられないということになります。また、介護は、ケアプランに基づいて行われるため、退院してからケアプランをつくってサービスを開始するということになると、退院後ほぼ1カ月かかるということになり、その間、サービスは受けられなかったのです。そこで、医療から行けるようにしようということにいたしました。

次は、複数名訪問看護です【スライド48】。これまでは、複数の看護師の訪問を認めていたのですが、看護師と看護助手というパターンも今回認めることとしました。これは、例えば夜間に体の大きい男性のところに看護師1人で行くということになると大変なので、複数で行く場合があるのですが、その際、必ずしも看護師同士でなくてもいいのではないかとことです。これにより、特に訪問看護ステーションなどで、看護助手を雇えるようになると考えられます。

リハビリテーションについては、平成18年の同時改定のときに、早期と回復期のリハビリテーションは医療保険で、維持期、生活期のリハビリテーションは介護保険でカバーするということでしたが、拠点数が少ないことや介護の点数が低いということでなかなかうまく移行しませんでした。今回は、医療と介護を併給できる期間を、今まで1カ月だったものを2カ月に増やしました。それから、医療の点数を下げ、介護の点数を上げ、介護に行きやすくしました【スライド48】。

調査をしたところ、平成18年のときに、本来は介護であるが、医療を受けていたという人が12%いました。今回調査をすると、それが4%に減っていました。4%の中身を見ると、介護から請求してもいいが、医療からも請求できるから医療で請求しますという医療機関がほとんどだったので、これは今回限りということで、要介護者の維持期のリハ

ビリテーションを医療で見るのは基本的には平成26年3月31日までということにします。ただし、これは脳卒中や整形のリハに限ってのもので、心大血管や呼吸器のリハは介護ではおそらくできないので、これは慢性期も含めて医療で最後までやりますということにしています。

がん医療ですが、これは救急医療と異なり、必ずしも身近に高度な医療施設がなければならぬということではありません。自宅からがん専門医療施設まで一定程度離れていても、そこできちんと診断ノウハウに従って事後方針を提示できれば、身近なところで抗がん剤を打つなどして対応することができます。ですので、我々は医療機関の連携が非常に大切であると考えており、【スライド50】の今まで使いづらかった×印のところを今回改善しました。例えば、“がん診療連携拠点病院加算”などは、紹介元の医療機関で診断が確定されていることが要件だったのですが、今回は疑いでも良いということとしました。また、今までは紹介元の医療機関から紹介された患者さんを、拠点病院で手術しなければ加算されなかったのですが、今回は外来の化学療法や放射線照射でも加算されることとしました（がん治療連携管理料）。さらに、拠点病院を退院後すぐに連携医療機関に紹介しなければ加算されなかった“がん治療連携計画策定料1”を、1カ月間、拠点病院の外来でフォローアップした後に、連携病院に紹介しても加算されることとし、がん治療計画を変更した場合に、今まで点数がとれなかったものを今回とれるようにしました（“がん治療連携計画策定料2”）。このように算定機会が拡大されたことにより、医療機関の連携が進むものと思われま

【スライド57】は感染防止対策、つまり院内感染対策です。これは、国立病院や国立大学病院のネットワーク、それから群馬県やいくつかの県で既に行われていますが、医療機関同士がグループを組んで、お互いに協力し監視しながら感染防止対策を行うと、明らかに院内感染の発生率が下がるというのがわかっています。ですので、今回はそのような取り組みに対して評価を新設しました（感染防止対策地域連携加算）。

【スライド59】は、回復期リハビリテーションです。今までは2段階で評価しており、回復期リハビリテーション病棟入院料2の施設基準にしか該当しないところが8割以上で、この中にはそれほど機能が低いものがありました。そこで、今回は3層化して、非常

にすぐれた施設には少し高い点数を配分することとしました。

今回の改定の重点項目の1つとして、“医療技術の導入等”を挙げましたが、これについて2点ほどお話しします【スライド63】。1点目は、私は非常に大事なことだと考えていますが、改定ごとにたまたま厚労省医療課の職員が知っている技術が入ってくるとか、だれそれ先生に頼まれたから入っているということではやっぱりだめだということです。今回そうしていますが、日本医学会、外保連（一般社団法人 外科系学会社会保険委員会連合）・内保連に参加していただき、すべての学会から、今度の改定で新設、増点してほしい技術をもれなく挙げてくださいをお願いして、挙がってきたのが980ぐらいです【スライド64】。重複を整理すると700数十あったので、それをすべて、エビデンスレベル、安全性、普及性等を議論し吟味して、約300ある技術について新設、増点をしました。これをやらないと2年ごとの改定の意味はないと思っています。

2点目は、外保連【スライド65】です。外保連では、1つの手術の難易度がどのくらいなのか、どの程度のお医者さんが必要なのか、何時間かかるのか、糸やその他の材料をどのくらい使うのかということすべて算出した手術の試案をつくっています。前回の改定では、外保連の手術試案に基づき、特にE難度という非常に難しい技術を中心に増点したので、特定機能病院等の収入が増えました。今回はC難度を中心に増点を行っています。C難度とは、それほど難しくない手術で、市中病院でもかなり行われている手術です。前回のC難度のうち、点数が上がったのは9%しかありませんでしたが、今回はC難度のうち52%の技術の点数を上げていますので、そういう意味では非常に大きいと思います。

【スライド67】は、患者サポート体制の評価です。実は、看護師の退職理由の1位は妊娠や出産などの自己都合によるものですが、退職理由の2位としてあがるのは、モンスターペイシエント、クレーマーの存在です。そのような患者が現れたときに、きちんと専任の人をおいた患者相談窓口が対応することが重要であるということで、“患者サポート体制充実加算”を新設しました。

【スライド72】は、7対1入院基本料の見直しについてです。先ほど、平成18年度改定当時、7対1看護基準の病床は大体2万床になるものと推計していたが、実際には33万床になってしまったと申し上げました。当時は算定要件が何もなかったため、そのよ

うにあつという間にひろがったのですが、今は平均在院日数が19日以内であるとか、看護必要度基準の重い人が全体の10%以上であることなどが要件となっています。そこで今回の改定では、平均在院日数を18日以内に、看護必要度基準が重い人の割合を全体の15%以上と、さらに基準を厳しくして、患者像に即した適切な入院料の評価や病床の機能分化の推進を図りました。これから入院医療費の評価がどうなっていくのかについてはなかなか難しい話ですが、少なくとも一体改革の成案においては、2025年の高度急性期の平均在院日数は“16日”としていますので、一定程度将来の方向性についても予測できるのではないかと思います。

また、この7対1入院基本料の見直しについては、2年間の経過措置を設けることとしました。新しい基準を満たさないために突然、10対1入院基本料しか届け出ることができなくなると、おそらく病院単位で数億円の損失が生じたり、看護師等のリストラにもつながりかねないので、2年間の経過措置を差し上げています。また、7対1の新基準を満たすことができず、10対1にいきますよというふうに手を挙げていただいたところは、2年間、7対1入院基本料を届け出ることができることとしました。つまり、必ず10対1に移行することを条件に、雇用調整する猶予を差し上げました。ただし、この経過措置を利用する場合には、先ほど申し上げた25対1の看護補助体制加算はとることはできません。

【スライド75】は、DPCについてです。一般病床の半分ぐらいがこの急性期包括払いになっています。平成24年度改定で、私たちがコペルニクスの転換だろーと思っっているのは、もともとDPCは調整係数ということで、DPCに入ったときの収入を保障するような形で使っていたのですが、今回からは順次やめることとしました。将来、平成30年には、この1群、2群、3群の水準は平均値に収束します。したがって、上がる病院もあれば下がる病院もあります。合理的な個別病院の個別差は、機能評価係数というところで、いわはプラスアルファをつけますということにしました。そういう意味では、かなりの部分が変更になっています。

それから【スライド77】は、一般病床への長期入院、つまり慢性期入院医療についてです。今回、13対1、15対1という、非常に看護基準が薄いところで、90日を超えて入院しておられる人についての支払い方式をかなり変えました。今回の改定からは、次

の2つの方法のどちらかを病棟単位で選んでいただくこととしました。1つは、入院が90日を超えた方の支払いは、医療の療養病床支払いと同じとしました。医療区分3つ、ADL区分3つの9区分の中から1個選ぶというものになっています。これはおそらく患者数が多い病棟の場合に選ばれるかと思います。もう1つは、出来高払いの方法です。ここでは、今のような特定除外項目という制度を用いて、これらの患者の在院日数を平均在院日数の計算対象から除くのではなく、きちんと含めることを要件としました。これはかなり厳しいと思われるかもしれませんが、実は一般病床のままで、病床の広さ、面積等々を変えずに、しかも人数をさらに自由に増減できる療養病床的部分を持つという点が大きいと思われます。

それから【スライド78】は、医療資源の少ない地域に配慮した評価についてです。全国384ある2次医療圏の中で、患者さんの流入や医師と病床の密度から考えて、医療資源に乏しいと思われる医療圏を30ピックアップして(離島も含む)、その中の医療機関に対していろいろな緩和措置をとることとしました。ここでは、特定機能病院、200床以上の病院、DPC対象の病院や7対1、10対1入院基本料を算定している病院は除きます。

具体的には、今病院は1つの看護基準に統一しなければならないのですが、例えば10対1と15対1という基準を病棟によって併用してもいいこととしました。また、看護配置が13対1でなければならない亜急性期入院医療の基準を、15対1に緩和しました。さらに、栄養士が病院にいても栄養サポートチームに専従させるのは難しいというところが結構多いので、点数は少し下げましたが、併任でも可として少し要件を緩和しました。

【スライド82】は、一般名処方加算です。一般名処方とは、製品名ではなく、成分名で薬を処方することです。薬局での後発医薬品の調剤を行いやすくするため、医師が後発品のある医薬品について、一般名処方を行った場合、2点加算することとしました。2点というと20円ということであり、少ないと思われるかもしれませんが、処方箋を出さない院外処方の外来というのはほとんどないので、これは今回引き上げを行わなかった再診料に2点加えるのと同じような効果をもちます。

また、一般名処方を普及させるために、レセプトコンピューターメーカーと話をし、例えばガスターという胃薬を医師がレセコンに入力すると、ガスターという商品名とファ

モチジンという一般名が両方出てくるようにし、ボタンで選ぶことができるようにしました。現場ではなかなかうまくいってないメーカーもあるようですが、相当な勢いでこのレセコンは普及していますので、次回の統計を取るときには後発薬が相当伸びているのではないかと思います。

最後に、附帯意見です【スライド86、87、88、89、90】。これは答申のときに中医協からいただいたものです。

1つは、基本診療料についてです。今回は再診料が上がらなかったということを含めて、医療側から、ぜひそのあり方について検討して欲しいということがありました。具体的には、再診料とか入院基本料という基本診療料の中に何が含まれているのか、つまり何を評価し、どのぐらいのレベルの評価をするのが妥当なのかという議論です。ただし、私は注意すべきだと思っていることが2点ほどあります。1点は、例えば再診料にさまざまな特掲診療料が合算されて、1人の患者さんの支払額になります。これは明細書をご覧になるとわかると思いますが、その1つ1つの項目の、キャピタルコスト、人件費、税金がいくらになるかと分析してもほとんど意味がないと思われます。そこで、1人の患者さん当たりどのぐらいのコストがかかるのかを考えていくと、これは外来の包括（払い）化と不可分になっていくという点です。2点目は、再診料の中に何が含まれているのかという議論を深めていくと、1時間に30人診ることができる科と1時間に2人しか診られない科で、再診料が同じということをどう説明するのかという議論になり得て、これはなかなか難しい問題です。

また、ドクターフィーの問題もあります。これは医師の技術料を真つ当に評価すべきだという意味でお使いになっているのであれば、確かにそのとおりで、だれも反対のない議論だと思われます。しかし、そうではなくて医師個人に成功報酬を払うべきだという議論であるとする、なかなか難しい。今の健康保険法自体が医師に支払うということではなくて、医療機関に支払うということになっているので、これは発想を転換しなければならなくなります。それだけでなく、もし医師個人に支払いをするということになると、病院の医師は医療機関に雇われているわけではないということになり、何が起こるかという、私の杞憂かもしれませんが、今でいう「契約麻酔医」と同じことが起こるかもしれません。一番高いお金を払ってくれるところに医師が行くということになり、これは病院の経営と

いう点でよく考えなければ難しい問題です。

それから、通常医療課は、改定が終わると3カ月ぐらいはいろんな病院を拝見したりして、かなり充電の期間があるのですが、今年はなかなかそういう時間もとれないという原因が3つぐらいあります。

1つは、長期収載品の薬価についての問題です。“長期収載品”とは、特許が切れた先発品で後発品がある医薬品のことですが、後発品が出てもう10年ぐらい経っているのに、まだその先発品が処方されているということがあります。財務省からは、後発品並みに薬価を下げるべきだという意見もあります。しかし、これにはいくつか考慮すべき点があります。1つは、そういう薬というのは、多くは中小メーカーがつくっていますので、いきなりその先発品の薬価を下げると、その中小メーカーの人たちの首を絞めることになってしまうということがあります。もう1つは、もし先発品の薬価を下げるということであれば、後発品が出るまでのライフサイクルのところで、きちんと評価をしなければビジネスモデルとして成り立たないのではないかという議論があるので、そこをどうするのかという点です。

それから2つ目は、費用対効果についてです。これは、倫理の問題なども絡んでいるのでなかなか難しい問題です。例えば、薬価は原則、“類似薬効比較方式”という既に販売されている同じような効能効果の医薬品と比較して算定されます。また、類似する薬効を持つ比較薬がない場合には、“原価計算方式”（原価から価格を決める方式）によって算定されます。このような方法をずっと続けていくと、例えば現行の医薬品とあまり効能効果は違わないが、薬価としてはものすごく高い薬も収載していかなければならないということになります。当然ながら保険財政が豊かではない今日において、無条件にこの方式を続けていくのは難しいものがあります。また、逆に、例えば1錠飲むだけで完治するような薬、つまり優れた新薬に対しては、有用性加算や画期性加算などの上限のある“補正加算”をつけることでしか優遇できないので、メリハリが利かせられないということがあります。

これらの問題を考えると、価格と効果のバランス、すなわち費用対効果をどう考えるのかという議論は避けられないと思います。ただし、やり過ぎると、これは副作用が出ます。つまり、ドラッグラグや承認が遅れるなどして欧米では当たり前に使われている先端医療機器が日本では使えないなどのデバイスラグにつながったり、費用の問題からある医療に

ついてある人は受けられないというようなことになりがちなので、そこは注意深く議論していかなければならないと思います。

3つ目は、消費税の問題です。現在の消費税増税案では、2年後の4月に8%、それから1年半かけて10%ということになっています。消費税3%を導入したときも5%に増やしたときもそうですが、医療機関の仕入れにかかわる消費税損税の問題について診療報酬に上乘せすることで対応してきました。これは社会保険診療報酬等による収入が非課税であるという前提があり、かつ他に財源がなかったということもありますが、この対応が適切であったのかどうかについて、やはりきちんと過去の検証をすべきであると考えています。

また、今回の増税に対してどういう手当てをするのかという問題があります。私たちは、基本的には薬や材料については毎回必ず消費税分について調査をし、問題が生じないように診療報酬を設定しています。ただし、問題なのは、高額医療機器や医療機関の建物を取得した場合です。これは、購入した病院とそうではない病院とでは、非常に差が大きいということになります。それに対して、診療報酬で薄くまくということになると、建物を購入した病院には損税になるし、購入していない病院には益税になってしまうという構造になります。ですので、診療報酬以外の何らかの還付の手続を考えなければならないのですが、これは非常に難しい問題です。

さらに、消費税が10%を超えたときに医療機関の消費税課税問題をどうすべきなのかについて、厚生労働省や政府全体としても考えなければならないのですが、そういう課題を中医協は抱えており、我々医療課はその事務局としてなかなか大変だということになります。

最後となりますが、我々は、基本的には少し中長期的な視点を持ち、今から10年少し先を見据えた上で、そこにたどり着くために一步一步どうするかということ、現場の医療関係の方々と相談しながらやっていきたいと考えています。その上でぜひ医療機関の経営者の方には、ご自分の病院の立ち位置、どこを目指すのかということ、を明確に考えていただく必要があるのではないか、というのが本日の講演の趣旨です。

ご清聴ありがとうございました。(拍手)

## 【 質疑応答 】

——札幌の病院で事務長をやっています。超重症者の入院診療加算のことでご質問いたします。【スライド32、33】によると、15歳までに障害を受けていない者であっても、諸条件を満たしている場合には、「当面の間」、超重症者入院診療加算が認められるということですが、この「当面の間」というのは、大体どのくらいの期間を想定されているのでしょうか。

**鈴木** ありがとうございます。この超重症児（者）、もしくは準超重症児（者）の問題というのは、入院基本料の加算の話です。今までもこの加算はありましたが、今回は、我々の立場を明確にするという意味で、原則15歳未満で障害を受けた人を加算の対象としました。また、これは創設の経緯まで振り返ると、基本的には脳性麻痺の方々を中心に考えた加算で、他の難病の方々については他の加算がありました。しかし、病院によっては、例えば15歳を超えてALSを発症された方にも加算しているところもあったので、平成24年3月31日時点で30日以上継続して既に加算している方には、継続してとっていただいで結構ですということにしました。

現在、具体的にこの点数をとっておられる方がどういう病気の方で、どういうところに入っておられるかということを大至急調査しています。我々としてはもちろん、次の診療報酬改定までに、例えば対象となる患者さんが多すぎて、脳性麻痺の患者さんがどこにも行けないというような状態にはならないようにしたいと思っていますので、調査が終わる段階できちんとした手当をとりまします。それが明確にいつとは言えませんが、少なくとも次回の改定までには手当をするつもりで考えています。

——青森の医療法人の者です。今回の改定において一番ご苦労されたポイントはどこでしょうか。

**鈴木** 2点ほど申し上げます。1点は、昨年東日本大震災が起きまして、改定自体を延期すべきではないかという話もありました。これは、特に被災者の方々のことを考えると、そう主張せざるを得ない部分もあったかもしれませんが、幸い、その後数カ月で相当程度医療のほうも復旧があり、医療関係者の方には本当にお世話になって、被災地を助けていただきました。そういう意味では、何とか改定を全うできたということだと思えます。

2点目は、苦勞というわけではありませんが、我々として最も意を用いたところは、やはり大体わかっている将来的な姿に向けて、どのくらいの一步を踏み出すべきなのかということでした。その進める一步があまりにも幅が広過ぎると、股裂きになってしまう人や渡れない人が出てきてしまいます。ですので、方向は方向として大方の方に納得いただけるのであれば、その一步の刻み方、例えば病棟の入院にしろ、外来にしろ、このあたりでどうでしょうかということ、少し恐る恐る議論を提起させていただいたということだと思います。

——新聞社の者です。【スライド16】の「死亡場所別、死亡者数の年次推移と将来推計」のところで、2030年に“自宅”で20万人ぐらいの人が亡くなり、そこには家族がいることを想定されていると。“その他”のところで亡くなる47万人というのは、単身でどこかに住んでいる、例えばサービス付き高齢者住宅とか有料老人ホームに住んでいるというようなイメージなのではないでしょうか。このあたりの違いをもう少し詳しく教えていただけますか。

**鈴木** ありがとうございます。これはあくまで場所で整理をしているだけですので、一番下の黄色なりオレンジというところは、“自宅”ですので、もちろんその中には配偶者や子世帯やその他の方がおられるという場合が多いとは思いますが、それ以外でも、自宅で最期を迎える方はおられるかもしれないわけで、そういう意味での場所としてはこの黄色に入ります。“その他”の47万人は、ここは自宅ではない、いわば集住系、集まって住むようなところを想定しており、有料老人ホームや昔でいう高専賃、サービス付き高齢者住宅のようなところを考えています。

——これは課長が自ら推計されたということでしょうか。

**鈴木** 正しいかどうかはわかりませんが、老人保健課長時代に、今後考えなければならぬことの1つとして一応推計をしてみたということです。

——**中村（司会）** 先ほど鈴木課長のお話で、医療機関で看取るのは、むしろ非常に困難になるのではないかと、あるいは、例えば在院日数が短くなる中で、医療機関での死亡は減

る傾向になることが予想されるが、甘めに見て現状並みだというお話でしたが、その点についてもう少し詳しくご説明いただけますか。

**鈴木** この話は、さらなる議論が必要とされる場所ですが、例えば【スライド20】のピラミッドの上の方にある高度急性期では、一体改革の試案の中でも、医師、看護師数を2倍に増やして、払いも2倍にした上で、しかしながら在院日数は絞るということになっていますので、看取れる人数は減る可能性があります。しかし、逆に、おそらく療養病床などでは、何万床にするかという問題もありますが、そこで最期を迎える人は増える可能性もあります。ですので、必ずしも今以上に医療機関で看取れるかという点、そこは難しいのではないかと考えています。

——大学教員の者です。在宅医療へシフトさせるための努力はよくわかりましたが、現場にかかわっている者としては、まだまだ手ぬるいのではないかと印象を持っています。在宅療養、診療等のお話をされましたが、確かにいわれたように半分くらいしか機能していません。この状況を変えるためには、例えば外来だけを行っている診療所などを兵糧攻めにでもしない限り、改善されないのではないかと思うのですが、いかがでしょうか。

**鈴木** ここはなかなか難しいところで、今の状態が十分だと思っている人は誰もいないと思います。そこで将来の姿に向けてどのようにやっていくかというときに、例えがいいかどうかわかりませんが、北風の処方と太陽的処方があると考えています。北風の処方とは、先生がおっしゃった兵糧攻めのようなことで、例えばゲートキーパーをつくるなり、もしくは、公的に各診療所に担当地域を割り当てるような方法です。ですが、我々は、ほんとうに在宅の医療が、得意分野も含めて広がっていくかどうかというのは、やはりもう少し考えてからやる必要があると思っており、まずは診療報酬によって調整するなどの太陽的処方を行うべきだと考えています。その上で、2～5年くらいかけて在宅医療がどのような方向に向かっていくのかを見極めるべきでしょう。また、今、訪問診療を中心的にやっているような診療所はかなりの勢いで増えていますので、必ずしも私は悲観すべきではないと思っています。売り上げ的に見ても、そういう診療所のほうが圧倒的に診療所の中では高いですので、少しずつ、特に若い先生を中心にしてそちらに目が向かっているのではないかと思います。あとは、タイムスパンとの関係、それから量の関係で、どこまで

その太陽的処方に対応できるかだと思えます。

——医薬品卸会社の者です。今回の改定後、弊社のほうに100床規模の中小病院の経営者の方々から、病院の立ち位置を決めるに当たって、在宅シフト、つまり病院を在宅のほうにというようなご相談をかなり多く承っています。

個人的には、入院施設のある病院が地域の診療所の先生方とチームを組んで在宅医療に入っていくというのは患者にとっても非常にいいことなのではと考えているのですが、100床規模の中小病院が在宅医療に入りやすいような点数配分とといいますか、何か仕掛けのようなものがあればお教えいただきたいと思えます。

**鈴木** まず申し上げなければいけないのは、在宅か入院かというのを二分法で考えるべきではないということです。ずっと在宅で医療を受けるというのが難しくても、一定程度ひどくなった場合には入院し、状態が落ち着けばまた在宅に戻ってというようなケースがおそらくこれから増えてくるということが考えられますし、ご本人や家族の希望や状況によっていろいろなパターンがあり得ると思えます。

また、今100床ということをおっしゃいましたが、我々のほうでは、実は200床未満の医療機関については、在支診ではなく在宅療養支援病院になることを奨励しています。これは当然診療所等への配慮が必要ですが、在支病は明らかに点数上優遇されていますので、200床未満の病院については在宅をきちんとやっていただくことをお勧めしています。ベッドという装置を持っているかどうかというところが、やはり患者さんや家族の安心にも一定程度つながるということがありますので、我々としてはこれは大きいと思っています。

——大学教員の者です。少し政策的なことをお伺いします。平成22年度診療報酬で想定していたものに対して、実際に医療費がどうコントロールされたかということについて、例えば事後的に評価などを行うのでしょうか。それとも平成22年度はこういうプランをつくったけれども、あとは、外れるときもあれば、当たるときもあるというような感じなのでしょうか。

**鈴木** これは2つの評価の方法があると思えます。1つは、医療費総体のかさとして想

定していた改定率と、自然増的な改定しなくても上がっていくところを合わせて、伸びとして想定内におさまっているかどうかについては、毎月メディアスという医療費調査をしています。メディアスでは、例えば病院、診療所の別、病院でも民間の医療法人、公的医療法人、大学等々、それぞれについて数字が出てきますので、そういう意味では総体としてのかさについては毎月チェックをしているということになります。

それからもう1つの評価の方法としては、社会医療診療行為別調査というものをやっています。これは、例えば個別の項目で新設をした、もしくは増点したというときに、想定どおりにそれが増えているのかどうかということについて調査しています。この調査には少し時間がかかり、改定から1年後くらいに数値がでてきます。また、この調査とは別に、結果として、例えば救急でなかなかすぐ診てもらえなかった方が減ったのか増えたのかという、最終的なアウトカムの検証については個別にやっています。

——医療費の変化の要因には、改定率以外にも、高齢化ファクターやイノベーションなどもあるかと思いますが、改定率以外の要因による医療費の変化については、どのように分析されているのでしょうか。

**鈴木** 今日表を持ってきていないのですが、医療費の変化については、毎回、改定率で変わったところと、今おっしゃった高齢化なり科学技術の振興で変わったところについて、大体数字が出ています。高齢化または人口増によって変わったところは、「人口増等の項目」に出てきますので、それ以外の“科学技術その他”による医療費の変化が改定のない年とほとんど変わらなければ、結果として改定率とそれほど開きのない改定ができたということになります。我々の認識では、平成22年はそれほど大きく前年と変わっていないということですので、改定率についてはそんなに大きくブレているわけではないということになります。

**中村（司会）** 私が言うのも変かもしれませんが、メディアスという統計を見ますと、先ほど鈴木課長からご説明があった医療機関別、診療所、病院別、外来入院別などの統計が出ていますが、それを例えば一月に何回医療機関に行かれたかという回数と、それから、1日当たりの単価とか、そういう要素によって分類されていますので、診療報酬改定のものについては、特に1日当たりの単価の差を見て、それが全く制度改正も診療報酬改定も

ない、例えば2009年、2011年などのときとどのぐらい変化したかというようなことで、一応医療課のほうは毎月どきどきしているわけですね。自分たちの改定がある意味で保険者から見ると甘過ぎたのか、あるいは、医療機関から見ると厳し過ぎたということがないかどうか、うそをついたと言われるのが一番、あるいは統治能力がないと言われるのが一番致命的ですので、そこは医療課長、あるいは医療課のスタッフは毎月毎月どきどきしながら統計を見ていると思います。私も一応医療課OBとして興味を持ってフォローしていますが、少なくとも平成22年の改定については結構きれいに出ているところと、【スライド8】にありますように、確かに大きな規模の病院、大学病院、公的病院の伸びが高いとか、そういう意味では予算の配分のときにそういう要請があったということがありましたけれども、その要請を着実にこなされたんだなというふうに私は第三者としては見させていただいておりました。

——リハビリテーション病院の院長です。【スライド16】において、“その他”の場所で亡くなると予想される47万人について、具体的には集住系を想定しているとのことでしたが、集住系の1ヶ月の生活コストはどれくらいで考えていますでしょうか。

**鈴木** これは細かくコストを計算したわけではありませんが、我々の理解しているところでは、例えば有料老人ホームも、最初に契約金をかなりとるという方式から、月当たりの料金に変わってきたりと、富裕層をねらっていたところから、少しずつ中間層でも入れるような形になってきたように思われます。これからの課題は、おそらく収入がそれほど高くはない方でも一定程度利用できるような形態を考えていかなければならないし、年金局や保険局の他の部局とも一緒にやっていきたいというふうに思っています。

——医療・福祉用品関係のメーカーの者です。私どもは長く、ベッドや在宅酸素、シンジポンプなどの事業をしているのですが、なかなか在宅で診療報酬がまとまらないと、事業者として随分厳しい状況です。また、在宅診療があまり機能していない要因の一つに、地域のネットワークの中で事業者がうまく活用されていないのではないかという思いがあります。我々は今、ボランティアのような形でやっているのが現状なのですが、もっと在宅医療に関して、周辺の事業者に対する手厚い診療報酬あるいは介護報酬を検討していただければ、我々も在宅診療あるいは病院に対して応援できるのではないかと思います。いかが

でしょうか。

**鈴木** おっしゃるとおりでして、例えばさまざまな機器について、基本的には、診療所や病院を經由して出していただくということになっていて、メーカーの方にはそういうところに納入していただくという仕組みに医療の場合はなっていますが、その際に納入コストがきちんと償還されないような形になってしまうと、結局は在宅医療が使われないということになってしまいます。ですので、今回は、特に在宅酸素等について調査をしっかりとさせていただいた上で、値段については修正することとしました。また、患者さんを診る機会がないと、変な話ですが、ある月は医師の側でその月を算定できないというような問題があったので、たまたまある月に診なくても、そこの部分は前後の月で調整できるというようなシステムにしたりと、少しずつ改善されている部分はあるかと思います。しかし、先ほどのご質問の中にもありましたが、在宅を志向しておられる医療機関が必ずしも十分ではないのと、それらの医療機関の中で在宅療養のための機器の整備なりメンテについて、必ずしもしっかり理解しておられるかということ、そうではないところがあって、そこはメーカーの方や納入業者の方のご協力いただいて、うまく回る仕組み、これは医療だけではなく、介護もそうだと思うのですが、これからも改善していかなければならないと思っています。

——島根県から来ました。離島医療の中の精神科について少しお尋ねいたします。実は離島医療の中でも一般病院で精神科を持っているところは、非常に経営的には厳しい状況にあります。ややもすれば精神科をなくしてしまおうという動きが全国的に見られています。そういう中で、医療法絡みもあると思いますけれども、一般病床や精神病床については、やはりそういう離島においては、どうしても法や措置により等々やらなくてはならない部分がございます。そうすれば、一般病床と精神病床と、施設基準は別床にしてでも、何らかの体制がとれないだろうかということ、実は厚生労働省のほうに3年前にご提案させていただいて、その時は中医協の了解を得ておられればというお話になりました。その点について議論等がもしあるようでしたらお聞かせ願えればと思いますし、今後そういう状況で厚生労働省としてはどのようなご見解なのか、もしよろしければお伺いできればと思います。

**鈴木** 今のご質問は、おそらく一般病床のほかに精神病床は、数が限られてはいるけれども、それが独立した看護単位だと、看護師の確保が非常に難しいということだと思います。これは実は結核の病床について、前回の改定の際に、一般病床と結核病床、これはもともと感染症病床という形で病床数は違うのですが、通算して看護単位を考えているというような制度になりましたので、少なくとも方向性としては、特に離島等でどうしても病床数が一定以上増えない独特の病床の区分けがあるというような場合に、その看護基準が非常に厳しいところをどうするかというのは、これは次回改定もしっかりと見通して考えたいと思っています。

——福岡県の医療法人の者です。【スライド16】に関連してお伺いします。死亡者を施設ごとに見た場合の医療コストですが、亡くなる前の半年とかで、医療が外づけだったら、それを訪問で診ていこうとすると、高くコストかかかってしまうのではないかという気がするのですが、それぞれの看取りを行う場所によってのコストの試算についてどのようにお考えでしょうか。

**鈴木** それは非常に大事な問題でして、確かに医療機関でも、例えばかなり濃密に終末期医療をすると、1人当たりの一月額が高くなるということになります。逆に、今ご指摘にあったように、訪問で医療機関と全く同じサービスをするということになると、これは医療を受ける期間が長くなるだけかえってコスト高になるということがありますから、これは少し考えなければいけない。言葉がほかに思い浮かばなくて、非常にまずい言葉を使いますけれども、いわば「損益分岐点」のようなところがあって、一定以上の介護や医療の必要度であれば、それは病院に入院したり施設に入ったほうが、お金の面だけを考えれば、ペイをするんですね。ただ、それ以下の方であれば、自宅なり集住系というのがあり得るということなので、これはまずはご本人の希望が第一です。本人がどこで最期を迎えたいのか。ただし、それにあわせて、家族の状況やご自分の体の状況等とあわせて、どこで看取られるのが合理的なのかという一定の範囲があるんだと思います。

ですから、お答えになってないかもしれませんが、我々としては、一時的に医療費が高いとか、一時的にその他のところが高いというつもりはなくて、それは状況によってかなり違うでしょうと。ほんとうは少しその辺の状況も考えて、ご本人に選択をしていただく形がいいのですが、そのご本人の選択と社会全体としてのコストという関係はなかなか難

しいと思いますというふうなお答えになると思います。

——地方で200床以下の病院と診療所を展開している者です。だんだんと独居世帯が増えてくると、在宅の介護、あるいは医療そのものが大変難しくなってくるだろうと思われますが、その辺はどういうお見通しを持っていらっしゃるのか、お聞かせいただきたいと思っています。

**鈴木** ありがとうございます。私は、自宅と在宅という言葉を少し分けて使うべきだと思っています。自宅はほんとうに今までずっとお住まいのおうちですね。ここで最後まで在宅医療ができるかどうかというのは、やはりなかなか難しい面があります。ほかにどういう方が住んでおられるかということもあるし、狭い自宅で例えば階段が急で、そういうところを改修して、車いすやベッドが入るのかということもありますので、そういう意味では難しいところがあると思います。しかし、広い意味で在宅をとらえると、それは自宅だけではなくて、有料老人ホームや一部のサービス付きの集合住宅のようなものも含めて考えることができます。そこでは、集居的に集まって住み、例えば一番下の階にヘルパーステーションや訪問看護ステーションが併設されていて、比較的いいサービスを受けることができるということであれば、在宅医療を支えることもできるのではないかと。

ただし、少し気を付けなければならないのは、モラルハザードも生じかねないということです。今、非常に嫌な言葉ですけれども、一部では「寝たきりマンション」などというようなところがあって、非常に重度の方を入れて、要介護5で、最大限の介護サービスをそこで使いながら、特別訪問看護指示を月に2回必ずもらって、医療でも100万円ぐらい請求して、年間一千数百万売り上げているというところもあります。そういう不適切な例もありますので、それらに対してどうコントロールしながら、しっかりした自宅以外の在宅を支えていくかというのが今後の取り組みだと思っています。

——ある財団をやっている者です。今の最後の課長の言葉に触発されて、果たしてこれから25年後、私はおりませんけれども、質の問題をどれくらい診療報酬の中で取り上げていくのか、今のような寝たきりマンションの事業者などをどのようにしたら排除できるのかという方向性についてはいかがでしょうか。

**鈴木** ありがとうございます。まさにその辺が一番厳しいところで、今我々のツールとしてそういうところをしっかりとすぐ察知して、すぐ手当てをできるような仕組みになっているかという、これはなかなか難しい。最終的に例えばその患者さんが国保であれば、介護保険と一緒に最終的に自治体に戻りますので、そこでは連携があるのですが、そうでないと、保険者が別の場合等には、なかなかわからないということがあります。

ただし、今我々つくろうとしているナショナルデータベースや、例えばマイナンバー制度というようなことが出てくると、これはその1人について経時的にも、それから横ぐし的にも見ることができるということになりますので、そこは不適切な例は今よりは発見しやすくはなると思います。ただし、これはどんな制度でも立ち上げ時はそうだと思いますけれども、やはり我々の霞が関の鈍い頭よりは、現場でうまく立ち回る方のほうが先を行くというのがありますので、そこはなるべくそういう例が生じないようにしたいと思っています。

——仙台で在宅医療を専門にやっている者です。医療費の中で多分ムダがいろいろあると思うのですが、そういうムダをうまくムダではないようにして行って、理想的な医療ができるようになったとしたら、これから医療費は増え続けるのか、それともおしとどめることかできるのか、減らすことも可能なのかという、未来について少しお伺いしたいと思います。

**鈴木** 私は先生がおっしゃるように、医療費が、むだとは言いませんけれども、ミスマッチはたくさんあると思うんですね。例えば入院の段階でも、それほど厚い看護基準が必要でもない方がそういうところに入っておられる。外来で見ても、重症の外来に非常に軽い方が来られる。こういうところはやはり改善する必要があるし、改善すると、これを一定程度というか、かなりというかというのは、これは実際にどのぐらい改善するかにもよりますけれども、その部分で財源効果があるということ、これは間違いないと思います。

ただし、やはり先ほどの質問にもありましたけれども、医療の高度化と、それから後期をはじめとする高齢者の方の増というのは、特に団塊世代等を中心にもものすごい勢いなので、ネットでマイナスになるほど調整効果が大きいとは思えない。ただし、ほっておいた際の伸びに比べれば、それは相当程度伸びは緩やかになるし、そうしなければ、自己負担も含めて、保険者の財政を含めて、なかなか続けてはいけないということなので、患者や

国民の方に納得してもらわなければいけないのですが、そういうミスマッチの解消手段というのは、これは手を緩めずにやらないといけないと思っています。

**中村（司会）** 私のほうから言うのも変かもしれませんが、2012年、新しい厚生労働省の社会保障の費用の推計で、2012年を110兆円弱というふうに見込んで、2025年に150兆円弱と、こういうふうに予想を、3月30日に新しい試算を出しています。2012年のその費用のうち、5割が年金で、医療と介護合わせて38%程度だったと思います。これが2025年になると、年金のほうに4割程度になって、医療と介護合わせて5割ということで、今、年金対医療、介護の関係が、2025年には年金のほうに相対的にシェアを落として、医療、介護が社会保障にかかる費用の半分近くになるということでありまして、いずれにしても、GDPの伸びよりは社会保障の費用が増えるんですが、特に増え方が著しいのが、年金に比べて、年金は対GDPに対してシェアが落ちるといような推計になっておりまして、医療が伸び、それよりも伸びるのが介護になっているということなので、もちろんむだの問題とか、いろいろあるかもしれませんが、少なくとも厚生労働省の正式に出している推計では、医療、介護のシェアが社会保障の中でも重くなるということになっているということをつけ加えさせていただきます。

もっともご質問受けたいんですが、時間も迫ってまいりましたので、ほんとうにきょうはどうも鈴木課長、ありがとうございました。

また、皆様もどうもありがとうございました。これで第1回の月例の研究会を終わらせていただきます。ありがとうございました。

— 了 —