

## ＝診療報酬・介護報酬の平成 24 年度同時改定を考える＝

平成 24 年度の同時改定については、1 月 25 日に介護報酬、2 月 10 日に診療報酬の改定内容が公表されました。前回の平成 18 年度の同時改定は、診療報酬も介護報酬もマイナス改定でしたが、今回は選挙も間近と考えられているせいか、事業者側の好業績にも関わらず、プラス改定で決着しましたが、その内容はどうだったのでしょうか。前回 Vol.28 と同じく個々の単価ではなく、報酬改定の背景にある政策意図がどうかとの観点から考えてみます。

### ＜今回の改定率と報酬改定の目指すもの＞

法律上の規定はありませんが、診療報酬改定は 2 年に 1 回、介護報酬改定は 3 年に 1 回の頻度で行われるのが慣例です（その意味は Vol.11 で記載）。そのため、診療報酬改定と介護報酬改定は、6 年に 1 回、同時に改定されることとなります。

介護保険制度が実施されたのが、私が診療報酬改定に関わった 2000 年ですから、2006 年が最初の同時改定で、今回は 2 回目となります。前回の同時改定は、いずれもマイナス改定（必要な費用を減らす改定）でしたが、今回は、診療報酬（本体）が +1.38%、介護報酬が +1.20% と、いずれもプラス改定（必要な費用を増やす改定）となりました。

金額で言えば、診療報酬（本体）は約 5.5 千億の増、介護報酬は約 1 千億の増となり、国民 1 人当たり保険料・税・患者負担に換算すると年間約 5 千円相当の負担増に相当しますが、この報酬改定とは別に、医療で毎年 1 兆円を超える費用の増、介護で 3 千億程度の増がありますので、平成 24 年度では、合わせて国民 1 人当たりの保険料・税・患者負担は年間約 1.5 万円相当の負担増となります。

※ 改定率は、予算編成の前提となる医療費・介護費の見込みの規模に対し、どれほど上積み・削減するかを率で示すものです（これとは別に薬価改定がありますが、その点については近々書きます）。

さて、今回投入された、この改定財源が、どのように使われるのかについて、次の 4 つの視点（私が考える報酬改定の役割）から考えてみます

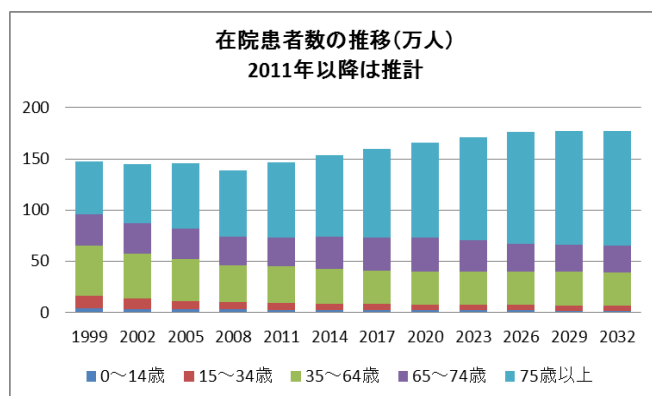
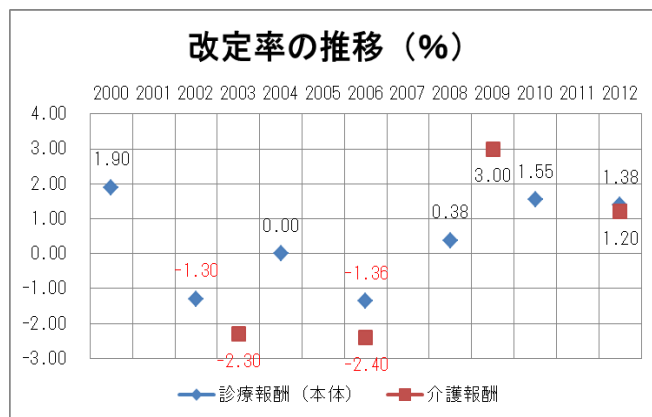
- ① 新たな事業・サービスを生み出す。
- ② 事業者の適正行動を促す。
- ③ 地域のサービス体制を整備・効率化する。
- ④ 増える医療費・介護費を効果的・効率的な構造にする。

### ＜新たな事業・サービスを生み出す＞

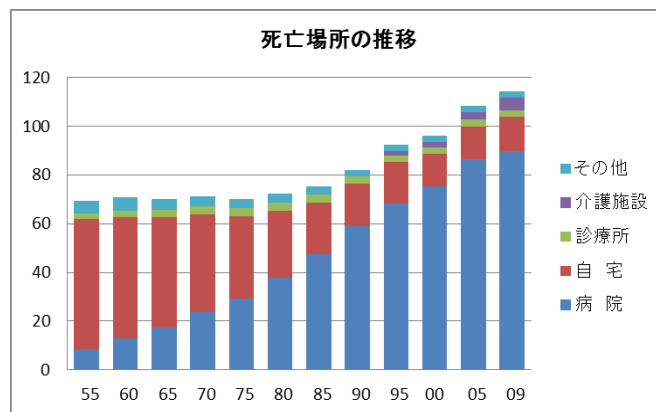
新たな事業・サービスを生み出す際、他産業では、各企業が独自で市場調査をし、研究費をかけて開発し、さらに、それが市場で売れるような価格水準を決めて、最終的に利益が出るように調達コスト等を下げる努力をします。しかし、医療・介護では、ほぼこうした意味での事業・サービスの開発は、医療・介護事業者からは生まれません。ほぼ 100% の確率で報酬改定により実現されます。

逆に言えば、新たな事業・サービスを生み出すのは、報酬改定の最も得意とするところです。今回の報酬改定では、さまざまな新技術・サービスの経済的な評価が新設されていますが、今回の改定で、国として最も力を入れたのは、「看取りの受け皿づくり」と考えます。

拙著でも使用していますが、右図の推計のように、現在の高齢者の受療率（人口に対する医療を受けている人の率）の水準では、10 数年後には、現在の病床総数では足りなくなります。その主要な要因の一つが、死亡者の 9 割が病院で亡くなっていることです。



もちろん交通事故等にあい救急車で運ばれ不幸にできなくなる人もいますが、その実数は少なく、多くは、高齢者が病院に長期入院し、そして亡くなっていくものです。現在は、介護老人保健施設や介護老人福祉施設（診療所あり）に入所していても、状態が悪くなると、ほとんどは病院に搬送されます。一部には、看取りまで行ってくれるところもありますが、未だ、数少ないのが現実です。利用者家族との信頼関係が弱いと訴訟等になるリスクが高い、手間と費用がかかる一方で収入に反映しないといった施設側の理由もありますが、一方で、家族ができるだけのことをしたいと考えることも理由です。



今回、施設側の経済的な理由を解消するという意味で、在宅や施設等で看取る場合の経済的な評価が相当高い水準で新設されました。これで急速に病院以外での看取りが増加するとは思えませんが、**今から対応して、何回か続けて評価の見直しを行えば、死亡数が今より5割近く増え150万人を超える10数年後には何とか・・・というのが今回の改定の狙いなのだと思います。**

個人的には、家族側の意思の問題もあり、本人の意思が尊重されにくい現状（積極的治療を求めない本人の意思を尊重する法的枠組みがない）では、その実現は相当厳しいものとは思いますが、それでも費用のかかる病院等での死亡は減らすしかないという判断（将来かかる費用を少しでも効率化するという意味）なのでしょう。今回をきっかけに、全国に普及するか注目されることです。

### <事業者の適正行動(行動変容)を促す>

この視点における、今回の改定における最大のポイントは、「中核的な急性期病院の平均在院日数を短縮するか」という点と、「その結果、今より医療必要度の高い状態で退院してくる患者の受け皿をどのように作るか」という点です。今回の改定では、急性期病院には体制づくりを促す（入院期間短縮は影響の少ないと思われる7:1看護病院に限定）程度で、後者の「急性期病院退院後の受け皿づくり」に主眼が置かれました。**受け皿を作ってから、次回・次々回には、本格的に急性期病院の平均在院日数を短縮するということでしょう。**

今回、医療必要度の高い退院患者の受け皿とされたのは、一般病棟、療養病棟、介護老人保健施設の3つです。

まず一般病棟は看護配置13:1、15:1の病棟が対象です。これらは、概ね患者2.5人又は3人に1人の看護職配置がされているという基準ですが、実際には、もっと多くの看護職がいます（だからこそ、今回の措置で、手厚い看護配置が必要な重症児（者）の受入れに関する加算等が認められたのでしょう）。これらの病院群は、人員配置とは別の基準である平均在院日数の要件をクリアできない（在院日数が長い）ため、その低い基準にとどまっているのが現状で、一部過疎地域の病院を除けば、いわば他の病院との急性期化の競合で負け、また他の形態（障害医療専門等）にも移行しなかった病院です。

この群の設置主体の構成は公表されてはいませんが、常識的には、民間病院は経営効率の高い療養・リハ等の他の形態に移行しているはずですし、また国立病院機構でも長期医療を専門とする障害病棟等に移行していますので、中途半端な13:1、15:1看護の一般病棟は自治体病院の比率が高いのではないかと推測されます。ある意味、自治体病院救済の面があるのではないかとも思いますが、一方では、全病床数を増やさずに超高齢化を迎えるには、こうした出遅れた病院の病床も有効活用することが必要という現実的な判断なのでしょう。

右記の改定内容を見る限り、これらの病床は、実際には、急性期で行くことは難しいでしょうから、こうした中途半端な病床は、**事実上、医療療養(長期慢性病床)に変わる又はリハビリテーション病棟等に変わるという二者択一が迫られる**でしょう。本格的に急性期病院の平均在院日数要件の短縮が始まる2年又は4年後（次回・次々回の改定）までの期間内には、

#### <入院基本料13:1、15:1の対応>

○90日超の入院患者につき病棟単位で選択

A 療養病棟と同等の報酬体系

(医療区分・ADL区分を用いた包括評価)

B 出来高算定とするが、平均在院日数の計算対象に

○新たに13:1の回復期リハビリテーション病棟を新設

次は、現在、医療・介護で給付対象になっている療養病棟(病床)です。救急搬送された患者の転院先として受け入れや、医療的ケアの必要な重症の患者（神経難病等の超重症児・者など）の受け入れを進めるため、これまで一般病棟等に限定されていた各種加算を算定できるようにすることなどが、今回改定の中心です。これらの見直しは、急性期病院の後方支援機能を強化したいという意図が明確に読み取れます。

加えて、現在介護療養病床での医療給付の対象可能な病床の拡大は、6年後に先送りされた介護療養病床の廃止について、全てが介護療養老人保健施設に移行することは難しいとの現実的な判断から、医療適用に戻る選択肢も拡大しようとするものと思えます。

今回の改定で、医療必要度の高い利用者を受け入れるに伴う経営リスク(現状では急性増悪等の際の医療費用をカバーできない)は低減しますので、これにより、今の療養病床が、重度者を多数受け入れる療養病床と介護療養老人保健施設の二つに分かれることを期待しているのですが、さて、どうなるのでしょうか？

最後は、介護老人保健施設の見直しです。昭和の時代に制度化された当初の老人保健施設は、概ね6か月程度の期間で在宅に戻るという意味でも「中間施設」と言われていましたが、今では長期利用が当たり前になってしまっています。今回の改定で、回転率の高い老人保健施設の報酬だけは高っていますが、その本来的な機能を取り戻し、病院の後方支援施設として活用しようという狙いがよくわかります。

医療必要度の特に高い者は後方支援病院へ、それほどではない人(現在は療養病棟に行っている中程度以下の人)は介護老人保健施設を経由して地域にという発想と思いますが、実際には、現在のスタッフの能力では厳しいものがあると思われ、今回と同じような発想での改定の繰り返しを通じて、段階的に進むものと考えられます。

こうした中期見通しを前提に、各病院・施設の経営者は、どこを中心に事業を展開するかを再度考えることが必要となるでしょう。また、いずれを選択しても、共通して必要な既存人材のレベル向上を急ぐことが求められます。少なくとも、現在、一部にある、職員の水準に合わせて患者・利用者を選択する(手のかからない人だけを受ける)事業所は生き残れないことだけは確実です。

### <地域のサービス体制を整備・効率化する>

この視点では、社会保障と税の一体改革でも示された「小中学校区ごとに包括的サービスを整える」との方針の下

- ①包括的マネジメントを行うものとしての在宅支援診療所(病院)、ケアマネージャー等の体制整備
- ②訪問看護等の訪問サービスを入院前後での利用や重度者への対応が進むように評価を充実
- ③リハビリテーションも医療リハを早期に終える前提で、維持期リハを地域の介護で受ける体制を整備

という3点が強調されています。数多い具体的なメニューについては、当研究所の講演資料(2月17日)等を見ていただくとして、実際に、これが10年程度で、国が言うように「どこに住んでいても、その人にとって適切な医療・介護サービスが受けられる」ようになるかです。

問題になるのは、「各地域の高齢化による需要増の速度とこれに対応する事業・人材を地域で供給できるか」という点と、「各地域で誰がそれを担うのかを決める地域マネジメントをどう進めるか」の2点です。私に関わる東京と福井を事例に、どうなるかを考えてみます。

東京は、これから急速に高齢化が進みます。それも家族機能が弱体なため、独居等の孤立した形で進むでしょうが、人口が密集しており対象者も多いことから、サービス提供を行う意味では事業性が高い地域と言えます。一方、これに投入できる人材数は、可能性としては、たぶん全国で最も比率が高いのですが、実際には、他の仕事の選択肢が多いので、賃金を上げて容易に人材を確保することは難しく、他の地域よりは能力面で劣る可能性が高いと思われまます。したがって、事業者の経営行動等は、次のようになるのではないかと考えられます。

ア 専門性があまり求められない中軽度の対象者を想定し

イ 特定の地域で数多くの利用者を集めて経営効率を上げ(単価は低いが数で勝負)

ウ 結果として、医療必要度が高い人等は、実際には地域に出られないか、出ても厳しい状況になる可能性が高い

福井では、既に高齢化も進んでいますが、比較的家族の支援が得られる事例が多く、実際にサービスが必要になるのは重度な例が多いと思われまます。人口密度が低いので拡散して存在し事業性は低いと考えられます。一方、これに投入できる人材数は、東京と違って、雇用の場がないことから、比較的、能力の高い人材を確保することは可能と思われまます。したがって、事業者の経営行動等は、東京とは違って、次のようになるのではないかと考えまます。

ア 専門性が高く求められる(報酬単価が高い)重中度の対象者を想定し

イ 広域で対象者を集めることで事業性を高め(単価の高さで勝負)

ウ 結果として、軽度の要介護者は、家族の負担等によるものになる可能性が高い

### <療養病棟(病床)の見直し>

- 1 入院時既にある褥瘡に限り、治癒・軽快後1ヶ月間は医療区分2を算定
- 2 救急搬送患者地域連携紹介受入加算、重症児(者)受入連携加算、超重症児(者)・準超重症児(者)入院診療加算等を算定可能に
- 3 介護療養病床で急性増悪した際に、医療保険算定可能な病床を全病床に

これらはデータに基づく実証的なものではありませんが、私が実際に感じる感覚にはマッチしています。こうした地域別の状況の違いは、他でも確実に存在しているはずであり、**事業者の思惑を超えて、国が想定する形を全国に展開するには、報酬対策だけでは無理で、別の仕掛けがいるはず**です(人材の確保も含め)。

理屈の上では、次のような制度的な対応が、別途必要なのではないかと考えています。

- ①人口 20~30 万人(2次医療圏)をベースに、具体的にサービス圏域を決め(小中学校区を超えても良い)
- ②その圏域ごと協議会等に(医療・介護を通じ)を設け、実際のサービス提供の体制・分担を決めさせ
- ③特に軽度者対応は、今より人材要件を緩和した形での提供を認める(報酬を下げて良い)

①は簡単ですが、②はコミュニティの力の弱い今の日本では難しいでしょう。しかし、行政と事業者の協議だけで良いものを作るには限界があり、これからの**社会には、こうした利用者・提供者、世代を超えた参加による地域の知恵を結集していかなければ現実的な問題解決は難しい**と考えます。時間はかかるのですが、その圏域ごとに新たなコミュニティ(地域の問題を考え決める組織)ができれば、今の日本が抱える問題(独居や自殺など)の解決はかえって早いように考えます。

また、③については昔のように**3級ヘルパーが認められ、私個人の関心で言えば障害者雇用による提供ができれば、東京では事業者は既存人員を中重度対応に振り向け、軽度は障害者活用といった形態に目が行くようになるでしょうし、福井でも家族負担の軽減に目が行く事業者が増える(現実の姉夫婦のように)**と考えます。

進め方としては、これらを全ての地域で同時並行して進捗させることは、実際には無理でしょうから、人口 20~30 万の圏域内に、まず一つの実例を作るのに力を傾注するのが現実的です。どうしても行政等は、一律公平を重んじますが、実際には、かえって進まない原因になります。その地域内に1個できれば、あとは、その事例の成功・失敗のポイントを学び、自ずと他地域への展開速度は速くなるはずで。

実際の地域サービスを整える上では、こうしたトライアルも考えることが大事なのだと思います(国も在宅医療・介護推進事業という補助事業(モデル事業)を作りましたが、どう活用される興味のあるところ)。

### <増える医療費を効果的・効率的な構造に>

最後に、昨年末の財務大臣・厚生大臣折衝の結果、特に医療は「我が国の医療は未だ厳しい状況に置かれている」として、今回のプラス改定(薬価引下げ分を除く)が決まりましたが、今回の診療報酬改定財源が、主な診療行為別に、どの分野に配分されたのかを見えます。いわば、全国を一つの病院と考え、どういう影響が出るかの確認です。

(株)日本経営で行っている連続勉強会の最終回(2月25日)で、医科の改定影響について社会医療診療行為別調査を用いて、複数のチームで試算してもらいましたので、その結果から、概要を整理します(一定の仮定を置いての試算ですので、実際の国の影響率計算とは違うかもしれません)。

今回一番プラスの影響が大きかったのは「画像診断」でした。

高機能の設備に関する新点数が設けられる一方で、既存の普及した設備の点数があまり下がらなかったための結果です。従来であれば、既存の点数を引き下げて、画像診断の医療費が大きく増えないよう(基本的には財政中立)にしたと思いますが、この点の対応は、今回は、改定財源もあり甘くなったかと考えられます。しかし、逆に言えば、次の改定では、既存の点数は、大きく削減される可能性が高いということです。こうした画像診断や検査は、技術の進歩に応じて、普及品から高機能のものに財源をシフトしていくからです。

次にプラスの影響が大きかったのが「手術」でした。

これも2000年以降、2年に1回の改定の度に、毎回のように見直しがされていますが、どこまでやるのか? いつまでやるのか? という先が見えません。手術については、学会等で投入量(人数・時間)や難易度が定められており改定しやすい分野であることはわかりますが、これだけ手術の改定が毎回続くと、負担者から見ると、「納得」という面から問題が生じると懸念されます。もちろん、外科医不足への対応の面もあるのですが、それも、ここまでやっても外科医を志望する医師が少ないとすると、既に報酬問題ではないのではないかと(教育等の問題)と考えるのが普通と考えられます。

「在宅医療」についても、機能強化された在宅療養支援診療所や訪問看護等に一定の財源が投下されています。

改定による点数(価格)の増や、新設される事項数は大きいのですが、今のところ実際のサービス数が少ないので、影響額自体は、それほど大きくありません。今後の成長を期待するということでしょうか。

一方、病院の基本的な体制を決め、収入の過半を占める「入院料」については、新規加算等を除くと、普及しているサービスに係る点数の廃止の影響(栄養実施加算等)が大きくマイナスです。したがって、各病院では、新規に作られた加算等をどのように効果的に算定できるかが重要なポイントになりますし、逆に負担者から見れば、あまり大きな負担をせずに、財源の振り替わりで、効果的なサービスを受けられるようになります。この点については、医療費を効果的・効率的にするという点からは、国は工夫したものと考えられます。

また、マイナスの大きなものは「処置」、具体的には人工透析です。

我が国における人工透析数は、世界でも断トツの数ですが、その単価の見直しで相当水準の財源を捻出した一方で、その一部を活かして、「透析予防診療チームが行う透析予防に係る指導管理」に対し、初めて経済的な評価を行うことになりました。前回、初めて報酬として評価された自宅での透析とあわせて、日本で特徴的な人口透析の医療費の大きさが、今後、どのように変化していくか注目されるところです。現状では、最も医療費の効率化が、具体的な数字として期待される分野です。

このように財源配分された先を見ていくと、診療報酬(本体)を本当にプラス改定する必要があったかは疑問が残ります。そもそも、経済状況や国の財政状況は、前回同時改定の際の6年前より、良くなっているとは思えませんし、比較的余裕のあると見える医療・介護事業(レポート 病院・診療所の経営状況 11月18日、介護事業所・障害事業所の経営状況 12月2日を参照)に対し、赤字に苦しむ企業や家計が負担する保険料・税(今のところは、国債で将来に負担を先送りですが)を、報酬改定という形で資金移転を行ったのは、理解が難しいところです。**医療費内部での財源振り替えを大胆に行えば(例えば画像診断等)、もっと改定率＝国民負担を圧縮できたようにも思えます。**

一方、医療提供パターンを変えることでマクロ医療費を効率化するという意味では、大規模病院の外来抑制(特定機能病院、地域医療支援病院(500床以上)の外来抑制)等が、どうなるかが注目されます。

大学病院を中心とする特定機能病院等は、研究所HPに掲載しているレポート「医療費の動き(平成23年10月16日)」にあるように、他と違って外来医療費も急増し、入院についても受診延日数が増加してきている一方で、同じレポート「増えた医師はどこで働いているのか(平成24年1月8日)」にあるように、医師が集中を始めています。

しかし、それに関わらず、医療経済実態調査では、特定機能病院等は赤字のものが多くなっています。大学病院の外来に医師等を多数投入することは、地域医療全体では資源の無駄であり、一方、過剰な大学病院の病床を維持するため＝利用率を上げるために変則的運用(意図的な一般病棟等への土日入院、午前中に偏った退院等)をしている事例も見られる(これらが かって経営効率を下げていると考えられます。)ことから、各種の適正化(報酬の減額措置)が講じられました。

しかし、聞くところでは、病院の行動を変容させるのではなく、今までの収入を維持するための些末な工夫を考え始めている大学病院もあるようで、次回・次々回と、さらに厳しい措置が講じられるかもしれません。ある意味、不毛なことの繰り返しです。素直に病院が規模の縮小等をすれば良いだけなのですが、ベッドや患者が目の前にあると行動変容は難しいのでしょうか。こうした個々の病院の経営判断が政策に沿った合理的なものとなれば、医療費は無駄に増えないのですが、どうしても病院の経営判断は「現状維持」に重きが置かれますので、時代の要請とのズレの狭間に、医療費の無駄が発生します。

少なくとも、こうした無駄については、これからは、保険料・税の負担者ではなく、病院側(これをあえて利用する患者を含む)の負担とすることが必要な時代なのだと考えます。そうでなければ、いつまで経っても効率化は進みません。これから厳しくなるばかりの医療費・介護費の財源問題に対し、各病院・施設には、「同じことを繰り返す」「現状維持のための対策を考える」のではなく、新たな時代の要請にあった取り組み(新サービスの実施・既存サービスの効率化)を考えて実践することを期待するものです。

<参考>

診療報酬改定: <http://www.mhlw.go.jp/stf/shingij/2r98520000021ei1-att/2r98520000021ele.pdf>

介護報酬改定: <http://www.mhlw.go.jp/stf/shingij/2r9852000002113p-att/2r98520000021163.pdf>

ヒューマンケア・システム研究所 代表 北川博一