

## ＝医療・介護の面整備の方針と報酬改定の効果(1)＝

現在、2014 年度診療報酬改定が実施され 1 か月を経過し、また、国会では、「地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するための関係法律の整備等に関する法律案」が審議されています。

診療報酬改定の内容は、種々の雑誌により詳細に説明がなされていますので、その解説は、そちらに譲ることにして、現在審議中の法案と診療報酬改定との関連を含めた地域単位の面整備が、どのように進むのか、また、どのような隘路があるかについて、今回、次回の 2 回にわたり、まとめてみたいと思います。

### <今回の法律案と報酬改定の関連性>

過去、医療法や介護保険法の改正は、何度となく行われてきました。しかし、医療と介護を同時に改正するような法律案は、過去、なかったと記憶しています。

今回の改正目的は、「団塊の世代が後期高齢者となる 2025 年を展望すれば、病床の機能分化・連携、在宅医療・介護の推進、医師・看護師等の医療従事者の確保・勤務環境の改善、地域包括ケアシステムの構築、といった『医療・介護サービスの提供体制の改革』が急務の課題であり、このため、医療法等の改正による制度面での対応に併せ、消費税増収分を財源として活用し、医療・介護サービスの提供体制改革を推進するための新たな財政支援制度を創設する。」と説明されています。

あえて言えば、改正案のキーワードは、地域～面で医療・介護を通じたサービス体制を再構築するというものです。この地域単位で整備するという方針を、法律で担保するための改正と位置づけられます。

その意味では、2 年前の医療・介護の同時報酬改定の際に行われ、それを前提に、各報酬改定が行われれば、筋書きとしては最高だったのでしょうか。残念ながら、少し遅れた感はありますが、消費税引き上げの際に、法律として位置付けられるのは、今後の展開を考えると良かったのだと思います。

2015 年度は介護報酬改定が行われますが、今回の法改正が前提となることは当然でしょうし、今後は、同時改定の前に、法改正を行うことが通例化すると、財源対策に終始した感のある「過去」とは違った計画的な対応ができるようになる可能性もあります。ただし、改正目的にある 2025 年までは、約 10 年しかないことが、大きな問題ではあります。

こうした前提で、今回の法律案と報酬改定の接点を考えると、次のような点ではないかと思われます。

ア 国・都道府県の双方のレベルで医療・介護が連動する計画整備を促す法整備を行う一方で、訪問医療等の充実を図る報酬改定を行っていること。(地域サービス充実)

イ 地域単位で病床機能別に適正な規模に誘導するための法整備を行う一方で、既に過剰になった 7:1 病床等の淘汰のための報酬改定を行っていること。(病床再編)

ウ 消費税増分の財源を、法律に基づく基金事業への配分と報酬改定への配分とに区分したこと。(財源問題)

この 3 点について、国が考えているであろうことを推測してみます。

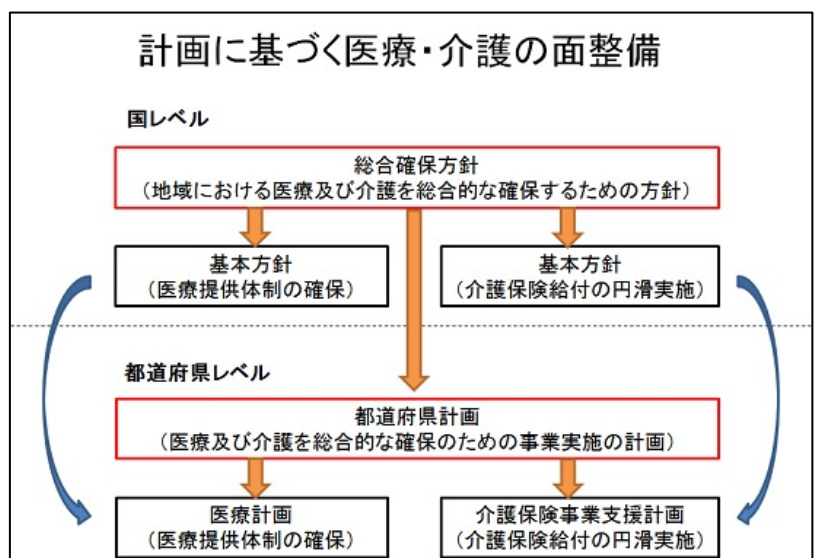
### <地域サービスの充実>

まず、計画的な面整備のために、今まで、国が、それぞれ別に定めてきた医療法に基づく基本方針と介護保険法に基づく基本方針を統合する上位の「総合確保方針」を新たに定めることとなります。(右図)

それに基づき、都道府県も、それぞれ別に定めてきた医療計画、介護保険事業支援計画の上位の計画となる「都道府県計画」を定めることとなります。市町村も同じです。

これにより、形の上では、医療と介護が統合された計画ができることとなります。この方針や計画策定のために、医療や介護に関わる者の全ての意見を、国レベル、都道府県(市町村)レベルで反映することが義務付けられます。多様な立場の意見を、どのように調整し、総花的でない意義あるものにできるかは、今後の課題でしょうが、現実の問題解決のための枠組みとしては理解できます。

また、都道府県が定める医療計画では、新たに「居宅等における医療の確保」に関する事項を定めることが求められます。過去も定めてきた都道府県もあることですが、今回、それが明示されることにより、全ての都道府県で検討が求められます。



医療保険で給付対象として「居宅における療養上の管理及びその療養に伴う世話その他の看護」が明示されたのが1994年ですので、20年経って医療法に在宅医療が位置付けられることとなります。この20年前の医療保険の改正に関わった者としては、今回、医療法に明示されることになったことに特別の感慨があります。

1994年の診療報酬改定の際に、在宅医療の枠組みを整えて以降、毎回のように充実した改定が行われていますが、未だに、医療費の数%程度の規模にとどまっています。これは、その実施が事業者の任意に基づく診療報酬での対応だけでは、なかなか拡大しない…特に、零細な在宅医療の事業者が多いことから、面的な広がりが出ないという問題も背景にあるものと思います。

今回の診療報酬改定でも在宅医療の充実の項目は多岐にわたりますが、注目されるのは、3人以上の常勤医の配置等を要件とする「地域包括診療料」です。主治医の評価とされていますが、実際には、現在、専門医として新たに検討されている「総合診療専門医(臓器別専門医に対して総合的な能力を持っている医師～いわゆるプライマリ・ケア医)」の働く場所の事前の整備と位置づけられるでしょう。この総合診療専門医は、数年後の認定制度開始を目指し、プライマリ・ケア連合学会、内科学会、小児科学会が合同で養成プログラムを作成しているところですが、今回の改定で、それを「陰ながら」後押ししようとするものと考えられます。

もちろん、これらの在宅医療の整備が報酬改定だけで広がることは、過去の実例からも厳しいでしょう。そこで、今回の法改正～在宅医療の拡大方針が医療計画に定められ、その実現のために基金が有効に使われれば(例えば、既存事業者の統合によるカバーエリア拡大等)、診療報酬改定の意味も高まるというものです。こうした展開が、もし地域で生まれれば、在宅医療の充実は加速するでしょう。

ただ、この仮説には、いくつかの隘路があります。この点は、次回にまとめたいと思います。

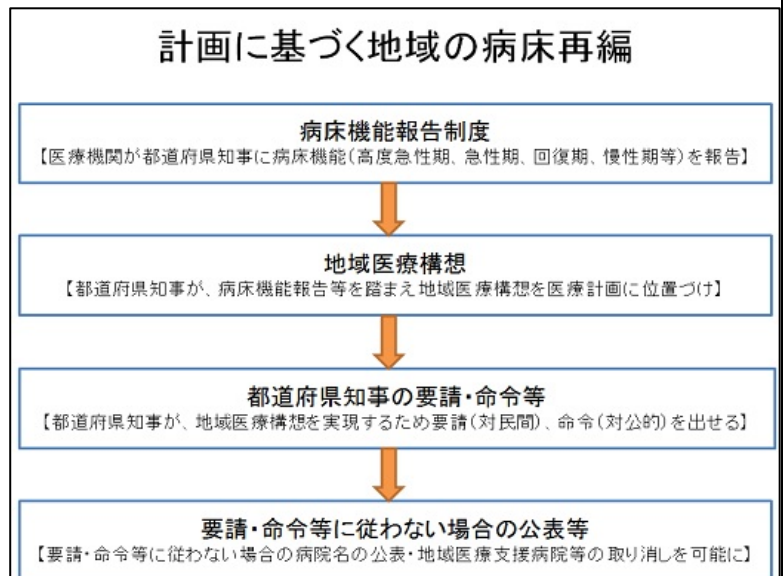
### ＜病床の再編＞

現在の医療法でも、地域の必要病床数を超えるような場合には新設を認めない、公的病院が余剰の病床を持っている場合にそれを閉鎖することを促す仕組みはありますが、正直なところ、あまり有効に機能はしていません。

今回、こうした現状を踏まえて、病床機能を細分化し、その区分ごとに将来の地域医療構想を定めて、病床の再編を促そうという仕組みが提案されています。

そして新たな病床機能は、今回の診療報酬改定と、概ね連動しています。次のような区分でしょうか。

高度急性期＝7対1病床＋総合入院体制加算、  
急性期＝7対1病床、10対1病床  
回復期＝回復期リハ病床、地域包括病床  
慢性期＝医療療養・13対1病床等



特に、DPC+7対1病床の組み合わせの過剰な増加は、2006年改定以来、継続する問題ですが、通信 Vol.62「平成26年度診療報酬改定を占う(<http://humancare-sys.jp/newsletter/20130915002072>)」でも示したところです。今回の診療報酬改定では、7対1病床に対し、一定の経過規定を設けつつも、次の3つの措置を講じています。

ア より重度の者を対象とする。

急性期患者の状態を示す基準を見直して、対象をより重度者に限定して、新たに「医療・看護必要度」とする。

イ 治療効果の高い病院とする。

自宅や在宅復帰機能を持つ病棟・老健等へ退院した者の比率を新たに基準として設ける。

ウ 診療内容を透明化する。

診療内容がわかるデータの提出を行う医療機関に限定する。

これが各地域で思惑通りに動けば、中途半端な7対1病床は、地域包括病床(看護補助加算まで加えると7:1の配置になる)などの病床に転換するか、余剰な病床を削減するか…といった医療機関の行動で全国的には減少を始め(財務省等は9満床の減と公表しているようです。)、本来の機能を持つ病院だけが対象になるでしょう。

それが順調に動いた場合でも、地域によっては減少しない、又は、逆に中途半端な病院ばかりとなり必要な機能が維持できないといったことも生じ得るでしょう。そこで、医療計画策定のメンバーに医療保険者の代表を入れること等も含めて、各都道府県で、今回の法律案で提案されている枠組みを適切に活かせば、地域別・医療機関別の無秩序な動きを制御できる可能性が高まり、地域の病床の効果的な再編につながるようになります。

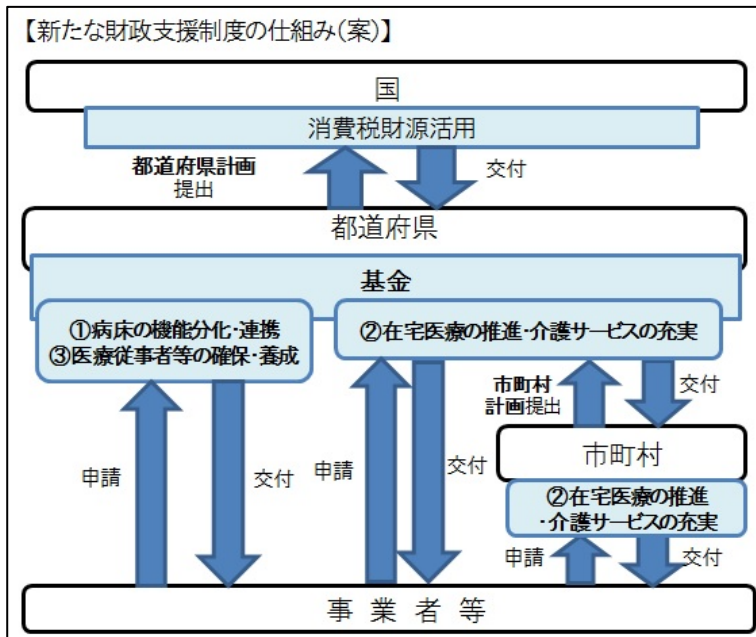
ただ、診療報酬が先行する一方で、医療法による仕組みは、病床機能報告を経て地域医療構想が策定されないと動かないという大きなタイムラグ(約2～4年)があり、その間、どのようになるか不明である…との課題があります。

また、この仮説には、上記のタイムラグの他に、地域サービスの充実以上の難しい隘路があります。増やすのではなく削減するという、医療機関の痛みを伴うものだからです。この点は次回に譲りますが、他の分野の「計画行政」でも、削減することについては、円滑かつ順調に行った事例が極めて少ないという事実があり、いかに難しい問題かは、法案を作成した担当者自身が一番わかっていることでしょう。それをクリアする方策があるか…これが最大の課題なのだと思えます。

### <財源の問題～新たな基金制度>

今回の法律案の眼目は、以上のような地域サービスの充実等を促すために、都道府県に基金を設け、国がその 2/3 を負担するという点です。その基金が対象とする事業については、公正性・透明性の確保の観点から、次の枠組みが考えられています。

- ア 国は、法律に基づく基本的な方針を策定し、対象事業を明確化
  - イ 都道府県は、計画を作成し厚生労働省に提出
  - ウ 国・都道府県・市町村が基本的な方針・計画策定には、関係者による協議の仕組みを設ける
- また、先の地域医療再生基金が単なる自治体病院等へのバラマキに終わったのではないかと「不評」を踏まえて、国が策定する基本的な方針や交付要綱の中で、都道府県に対して官民に公平に配分することを求める旨を記載するなどの対応を行う予定とも聞いています。



さて、現在、基金の対象事業は、次の3つに区分されています。ア・イは報酬改定と連動する問題でもあります

- ア 在宅医療・介護サービスの充実のために必要な事業
- イ 病床の機能分化・連携のために必要な事業
- ウ 医療従事者等の確保・養成のための事業

これら3事業は、基本的には、医療・介護とも、法律案に基づく各種指針・計画策定が進んだ2015年度から実施される予定ですが、2014年度でも、病床機能の転換～回復期病床への転換など、現状でも必要な医療関係のみが対象となるとの由。2014年度の対象事業は、3月末に厚生労働省から都道府県に対して、具体的な事例が50種類以上、示されていますが、「昔、国の補助制度で、こんなのがあったな…」と思い出しやすいものが結構あります。

特に、医療従事者等の確保・養成のための事業に関して多いようです。これまで国の予算補助で行われていたものが、予算の一律カットで、事業を維持できなくなり、やむを得ず基金事業に振り替えたということが背景にあるのでしょうか、その意味では、地域の工夫で出てくる新規のものは採択され難い…という面は否定できないのでしょうか。

また、個人的には、示された事業例は、その検討過程から提供者目線が強いのも気になりますが、利用者目線から面白いと思った事業は、次の3つです。特に、アは、いくつかの地域で、個人的にも、その実現に関わっていましたので、それが「地域包括ケアの推進等のため特に必要と考えられる新たな事業」の一つに位置づけられると嬉しいものです。これらが基金により急速に広まれば、確かに、望ましい地域が増えるでしょう。

- ア 地域医療支援病院やがん診療連携拠点病院等の患者に対する歯科保健医療の推進  
病棟・外来に歯科医療技術者を配置又は派遣し、患者の口腔管理を行うとともに、病院内の地域医療連携室等に歯科医療技術者を配置又は派遣し、退院時の歯科診療所の紹介等を行うことを支援する。
- イ 認知症ケアパスや入退院時の連携パスの作成など認知症ケア等に関する医療介護連携体制の構築  
認知症への対応など多職種間の連携を図るため、認知症専門医の指導の下、地域の医療と介護の連携の場を設け、各地域における認知症ケアの流れ(認知症ケアパス)等の検討を支援する。
- ウ 在宅医療の人材育成基盤を整備するための研修の実施  
在宅医療に取り組む病院関係者への理解を深めるために「在宅医療導入研修」を実施する。また、在宅医療関係者の多職種連携研修や各専門職の質の向上に資する研修、在宅医療・介護の連携を担うコーディネーターを育成するための研修等を支援する。

ただ、基金事業は、地域の将来を事業者他の皆さんで考えている地域では「生き金」になる一方で、自分のことだけを考える事業者ばかりの地域では「死に金」になるということになりかねません。数十年前の「ふるさと創生」の各市町村均等の1億円の基金を思い出しますが、今回の基金が、報酬改定と関連して、どのようになっていくか…ここは非常に難しいところです。(次回に続く)