

2008年診察報酬改定における今後の展望について

高橋 泰

国際医療福祉大学 医療福祉学部 医療経営管理学科 学科長・教授

講師 経歴

高橋 泰（たかはし たい）

国際医療福祉大学 医療福祉学部
医療経営管理学科 学科長・教授

【略歴】

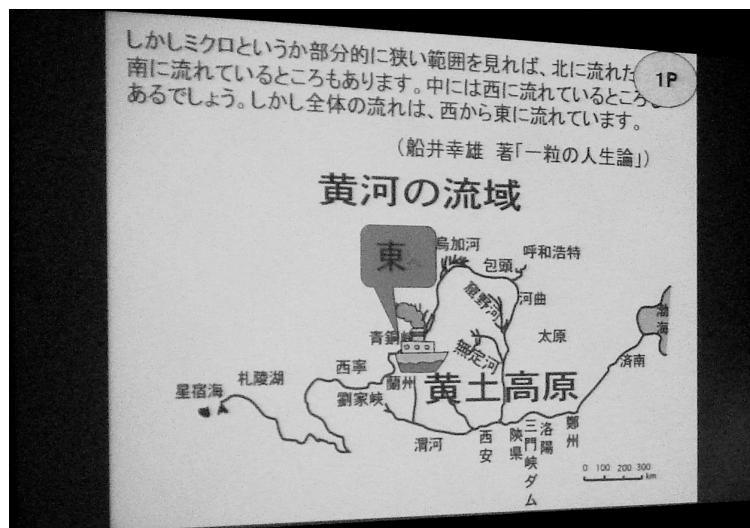
1986年3月
金沢大学医学部 卒業
同年6月～88年3月
東京大学病院 第1第3第2内科・麻酔科で研修
1992年3月
東京大学医学系大学院医学博士課程修了（医学博士）
1992年
米国スタンフォード大学留学
1994年
ハーバード大学公衆衛生校に武見フェローとして留学
1997年4月
国際医療福祉大学医療福祉学部医療経営管理学科 教授
2005年～
現職

現在、全日本病院協会広報委員、介護保険部会委員、NPO法人日本DPC協議会副代表などを務める。専門は医療制度論、高齢者ケア（介護予防）であり、

主な著書に「TAI高齢者ビジュアル・ケアプラン作成（日経BP）」、「DPC実践テキスト（じほう）」などがある。

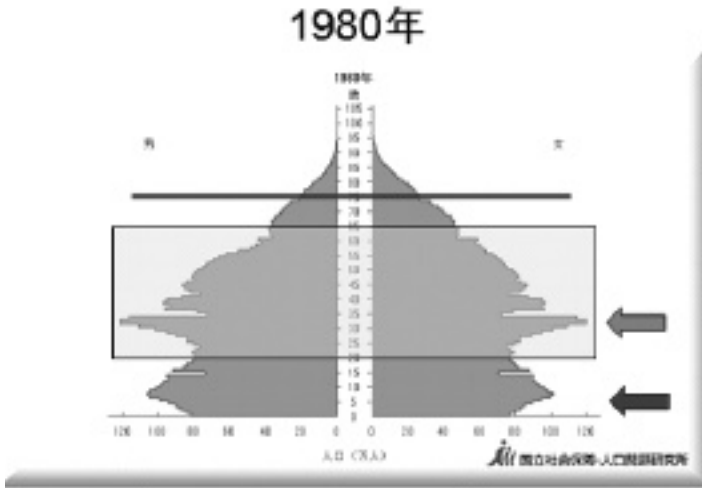


中国大陸を流れる二つの大河である揚子江と黄河は、マクロに見れば西から東に流れています。しかしミクロというか部分的に狭い範囲を見れば、北に流れたり、南に流れているところもあります。中には西に流れているところもあるでしょう。しかし全体の流れは、西から東に流れています。（船井幸雄 著「一粒の人生論」）

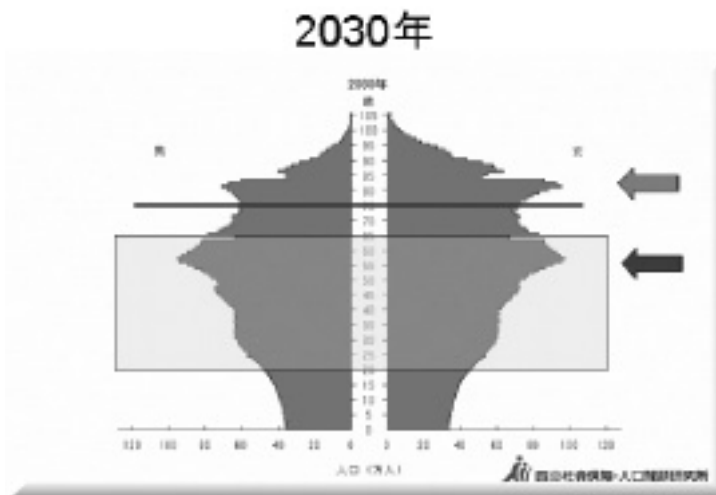
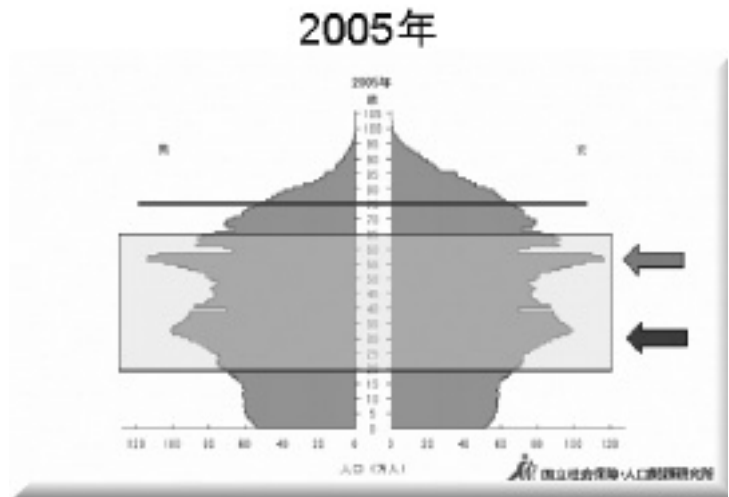


マクロに世の中の流れがどちらに向かっているかを勉強する

人口ピラミッドの推移から見てくること

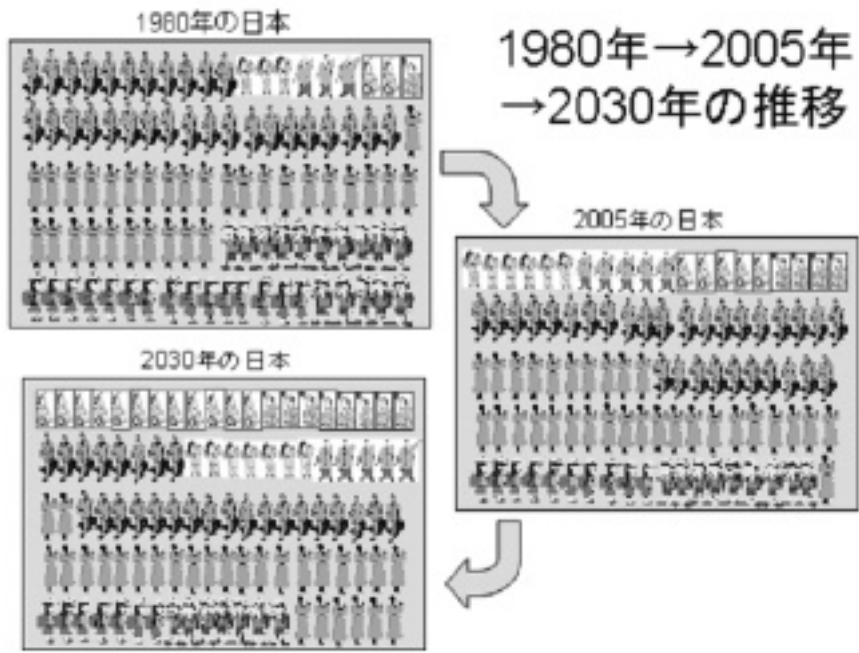


80年代に比べ、65歳以上が倍増
(わずか25年で、世界で最も
老いた社会に)

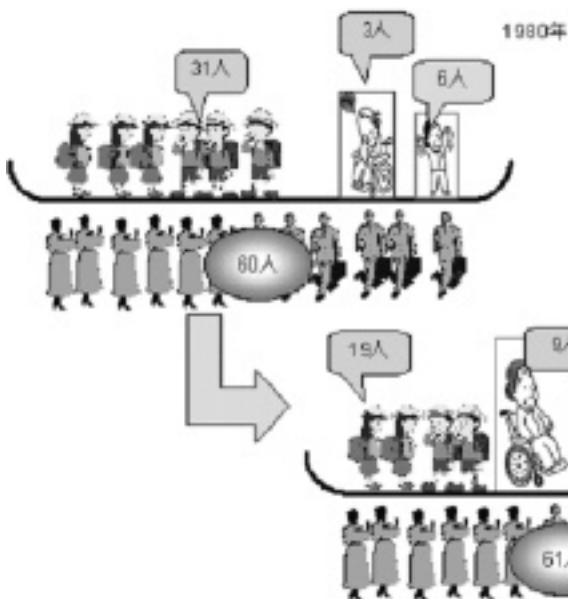


団塊の世代が75歳を超え、後期
高齢者が20%を超える。これか
ら10年間で最もしんどい。
(世界でダントツに老いた社会)
世界の見本となるべき国に

1980年 2005年 2030年の推移



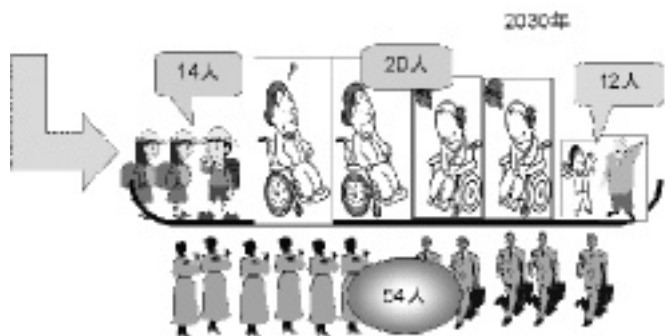
負担感の推移



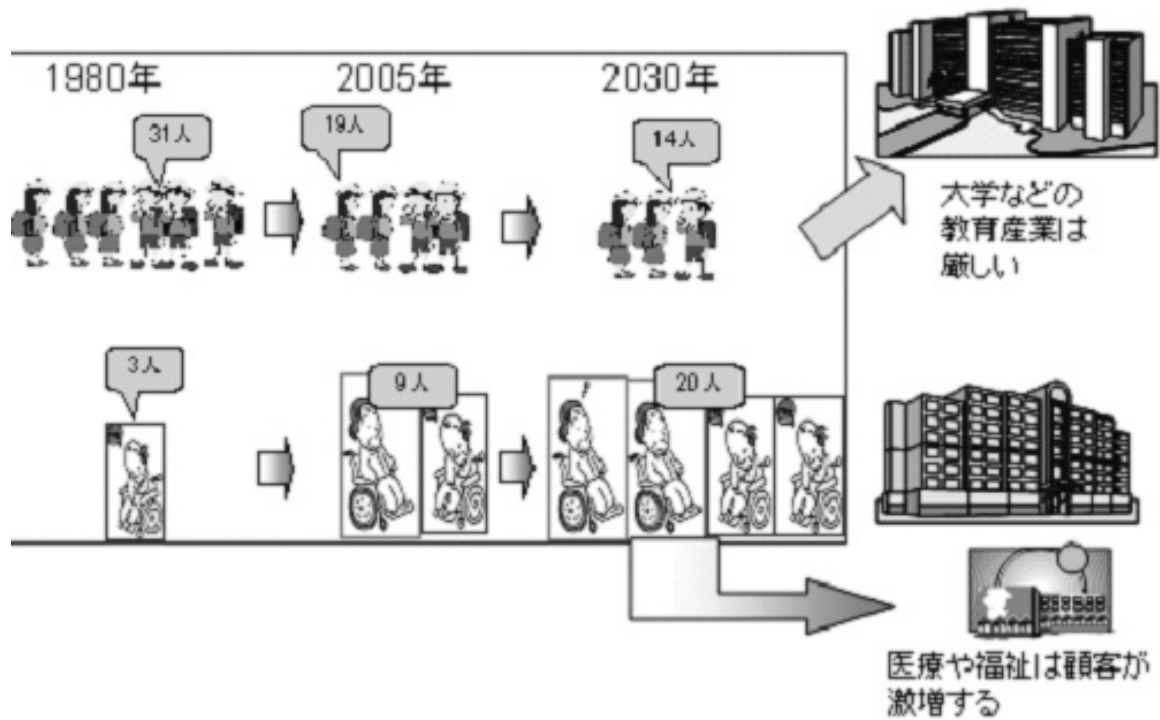
日本を100人の村と考え、支える側（20-65歳）と支えられる側（0-19歳、65歳以上）に分け、支える側の負担を表現。75歳以上を5倍の重さで表現している。子供が3割おり、1980年も意外に重い。

支える側の比率（61人）は、1980年とほとんど変わらない。子供が1割増え、そのぶん高齢者が増えた。

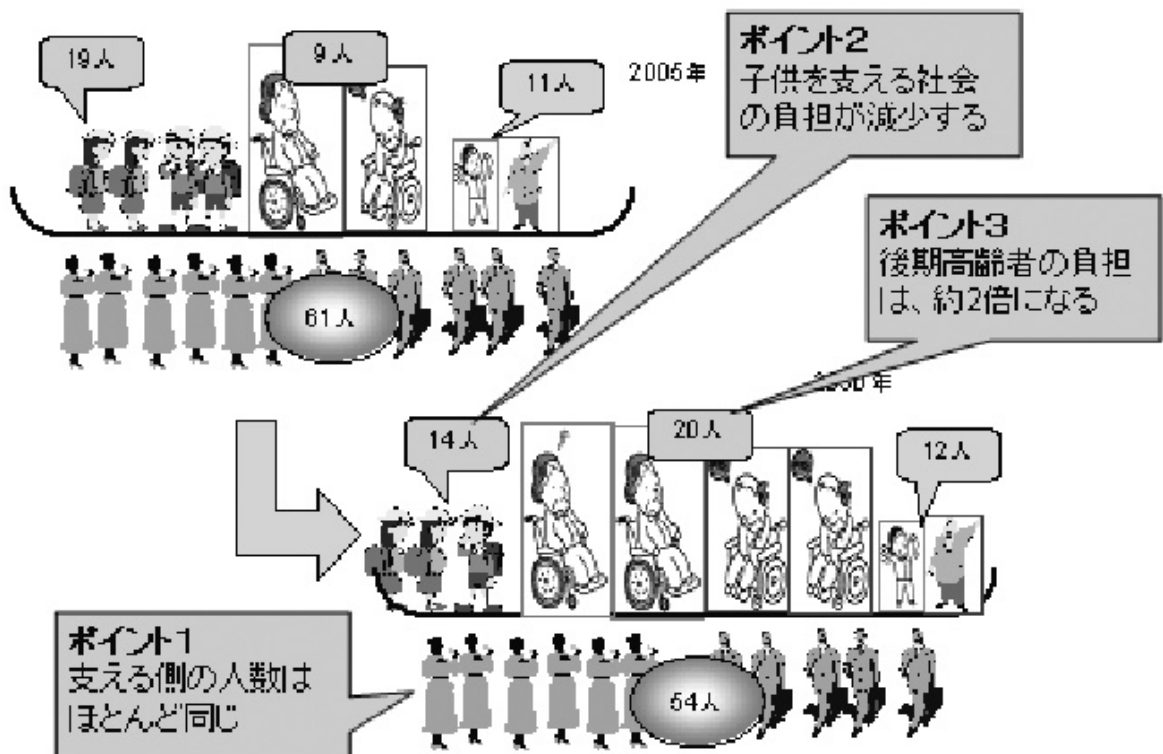
2030年は現在と比べると、支える側が5%、子供が5%減り、その分は、後期高齢者（9人 20人）になる。



1. 医療福祉は成長産業である



2. (私見であるが) 思ったより負担は軽い



2030年にむけて解決すべき課題（1）

<制度見直しの背景②> 認知症高齢者の増加

認知症患者が2005年169万人、
2040年（ピーク）が385万人で
あり、倍増する。

○ 要介護者のうち1/2は、認知症（痴呆）の影響が認められ、
今後、認知症高齢者は急速に増加する。

要介護者の認知症 者人自立度 (2002.9末調査)	要介護者 要介護者	認定介護施設*所在（施設）単位：万人					
		総数	特別養護老 人ホーム	老人保健 施設	介護施設型 医療施設	その他の 施設	
総数	314	210	32	25	12	34	
要 介護	認知症自立度 Ⅲ以上	149	73	27	20	10	19
	認知症自立度 Ⅳ以上	79 (25)	28 (15)	20 (4)	13 (4)	8 (1)	11 (2)

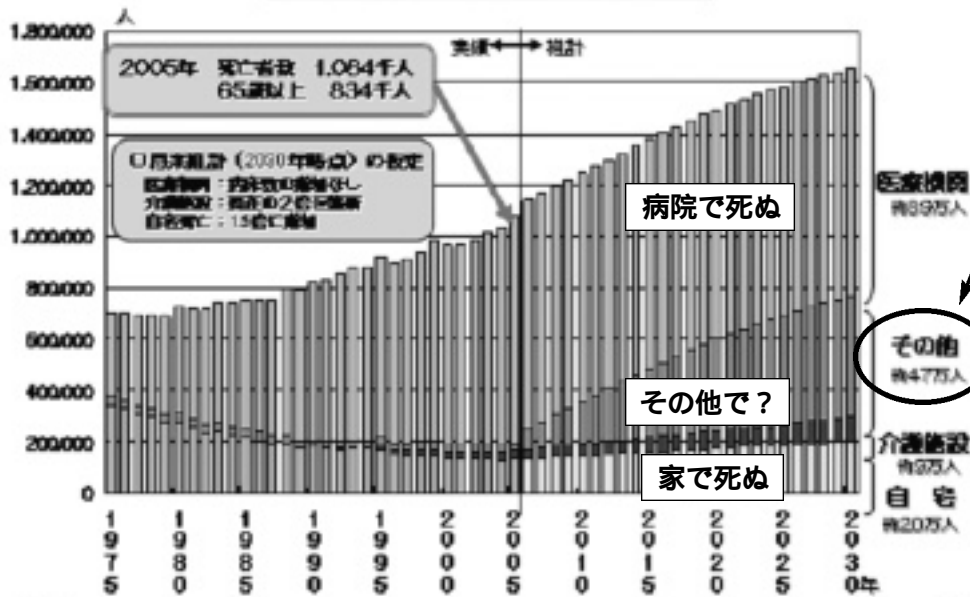
将来推計	2002	2005	2010	2015	2020	2025	2030	2035	2040	2045
認知症 自立度 Ⅲ以上	149	169	208	250	289	323	353	376	385	378
	6.3	6.7	7.2	7.6	8.4	9.3	10.2	10.7	10.6	10.4
認知症 自立度 Ⅳ以上	79	90	111	135	157	176	192	205	212	208
	3.4	3.6	3.9	4.1	4.5	5.1	5.5	5.8	5.8	5.7

* 下位は、65歳以上人口比（%）

（平成15年6月 高齢者の保健研究全国協議会より）

2030年にむけて解決すべき課題（2）

今後の看取りの場は？

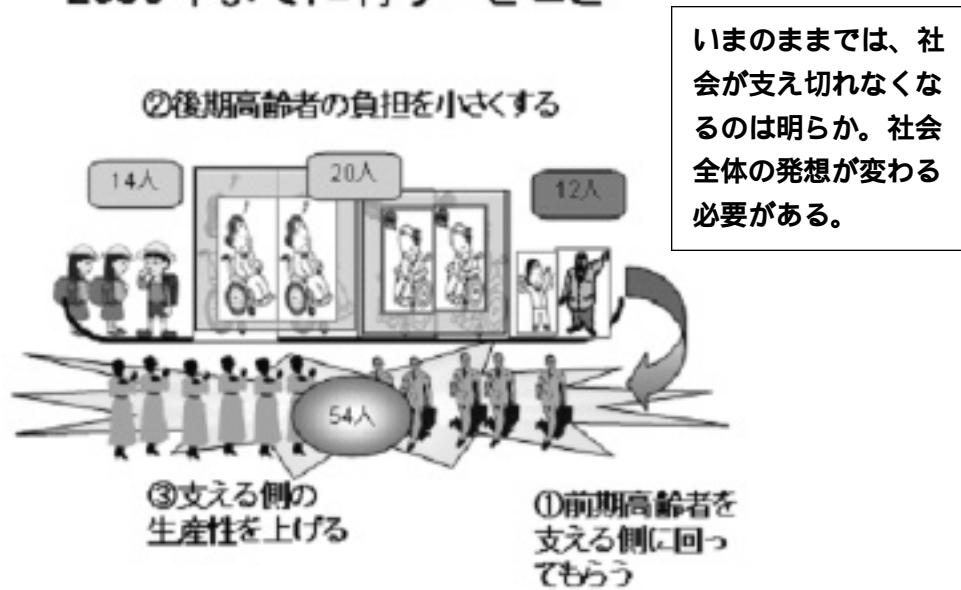


2030年に向けて、
死亡者数が急増。
今のままでは
47万人分の死に
場所が不足。

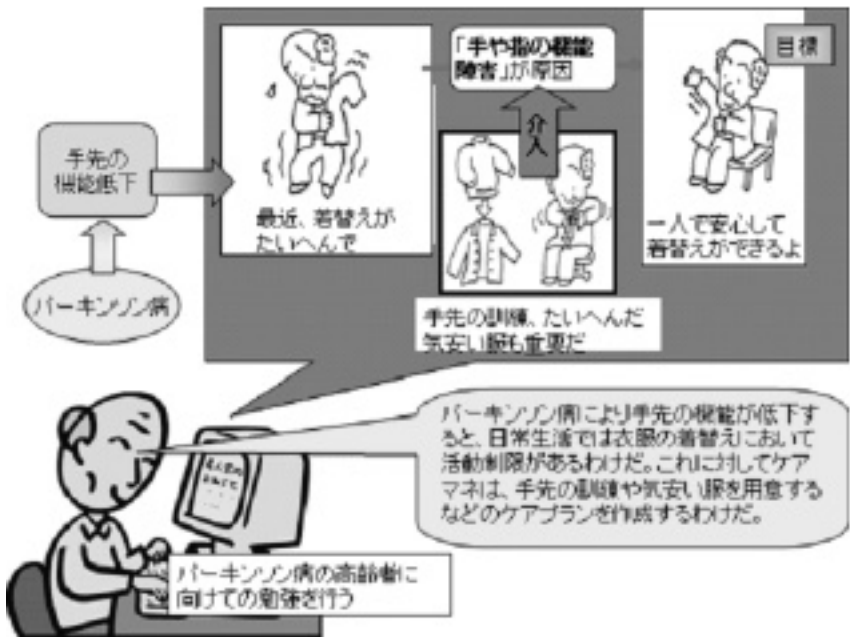
【資料】
2005年（平成17年）までの高齢者の死亡者数「人口動態統計」
2005年（平成17年）以降の推計は厚生労働省「人口動態統計（2005年度）」より推定
* 介護施設中位数、老人ホーム

3. 今のままでは無理だが、やりようによれば、十分対応可能な負担増

2030年までに行うべきこと



団塊の世代を引き付けるには、かっこよく。



後期高齢者の負担を小さくする

- (医療) ・急性期病院の入院期間を短くする
- ・終末期の医療の介入を少なくする
- (医療・介護共通) ・生活習慣病予防
- (介護) ・介護給付範囲の見直し
- ・バリアフリー住宅を作り、次の高齢者に引き継ぐ
- (年金) ・総額管理

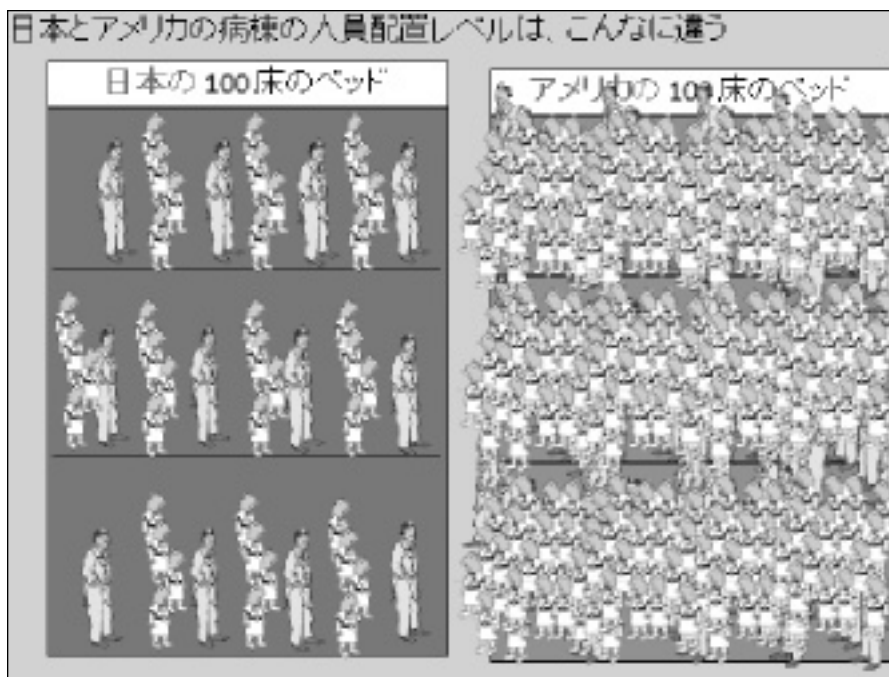
日本の医療の現状分析

現状分析1：薄く広い医療職の分布

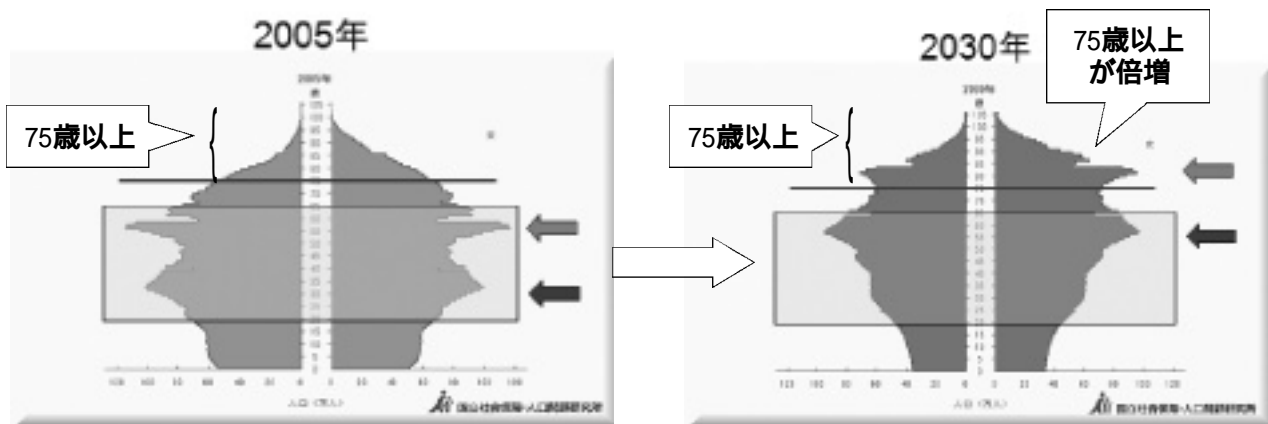
日本の医療提供体制の特徴を一つだけ挙げるとすると、「病院・病床が多い」ことであろう。一方、人口十万人当たりの医師数はOECD諸国平均の2/3、看護師数はほぼ平均である。その結果（図1）に示すように、我が国の医療提供の現場には、もともと数の少ない医師や看護師が、数の多い病床に“薄く・広く”配置されていることになる。

現状分析2：急性期現場の“業務量急増”

急性期医療の現場が急速に忙しくなったのは、後期高齢者が急増する人口構成の急激な変化が最も影響している。（図2）は、2005年と2030年の人口ピラミッドを示す。2005年の段階では75歳以上の高齢者は約10%であるが、2030年では20%にその比率が膨らむ。



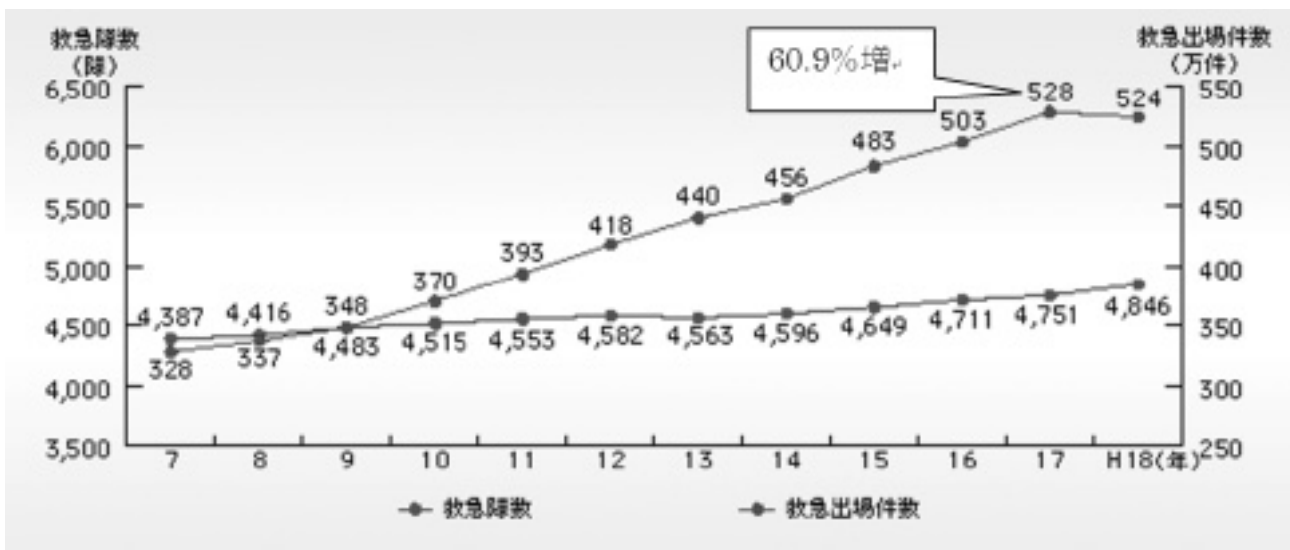
（図1：薄く広くスタッフが配置されている日本 vs 厚く狭く配置されているアメリカ）



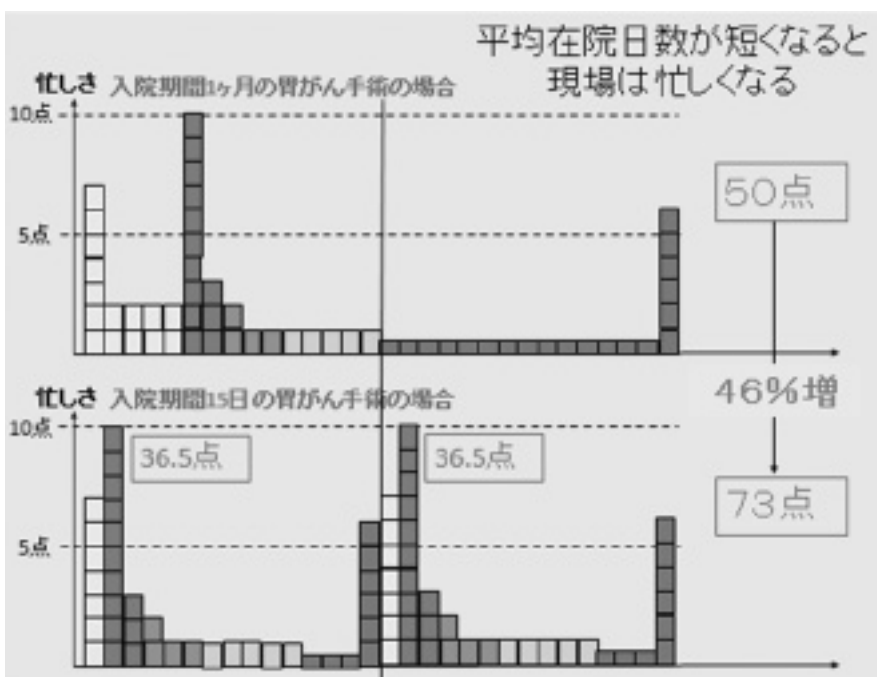
（図2：後期高齢者が倍増する今後25年間の人口構成の急激な変化）

後期高齢者は、その年齢以下と比べ病院へ入院する確率、救急車を利用する確率が急速に高くなる。その結果（図2）に示すように、救急搬送の件数は著しく増加している。消防白書によると、平成7年に全国で328万件だったのが、平成17年には528万件（60.9%増）にまで増えた。

（図4）に示すように、入院医療における平均在院日数の短縮により病棟における業務量も急激に増大している。



（図3：救急出場件数と救急隊員数の推移：平成19年版 消防白書より）



入院期間が半分になれば、（患者が確保できるならば）病棟は1.5倍程度忙しくなる

（図4：入院期間短縮が、病棟の業務量に及ぼす影響）

更に(イラスト1)に示すように、患者の大病院志向による病院外来への患者集中、(イラスト2)に示す往診を行う開業医の減少による夜間診療における病院の比重の増大などが加わり、病院勤務の医師や看護師は“業務量の急増”に直面している。

の医師の立ち去り、また(イラスト5)に示す地方の病院に医師が集まらず、本来その現場に行くはずの医師が都心での開業や診療負担の少ない医師を必要とする施設などへ流れ、“医師の偏在”も急速に進行していると思われる。

現状分析3：医師・看護師の“偏在”

(イラスト3)に示す卒後研修制度により、研修医が研修中に救急、小児、産科、外科系の診療科の激務にさらされている現場を垣間見るようになり、そのような現場に飛び込んで行こうとする若い医師も少なくなるという悪循環も起きている。その結果、(イラスト4)に示す現在、救急、小児、産科、外科系の診療科などへの診療科から

以上をまとめると現在の日本の医療提供現場では、もともと“薄く・広く”配置されている病院勤務の医師や看護師が、最近“業務量の急増”に直面している。更に、特に忙しい診療科や地方から医師や看護師が立ち去り、また新人がこれらの領域を目指さなくなり、“医師の偏在”も急速に進行している。このような現状認識より医療提供体制の現状の課題と歩むべき将来像は、以下の3点に整理されるだろう。



(イラスト1：病院外来への患者集中)



(イラスト2：夜間診療における病院の比重の増大)



(イラスト3：忙しい現場を見て尻込みする研修医)



(イラスト4：忙しい現場からの医師の立ち去り)



(イラスト5：地法の医師不足)



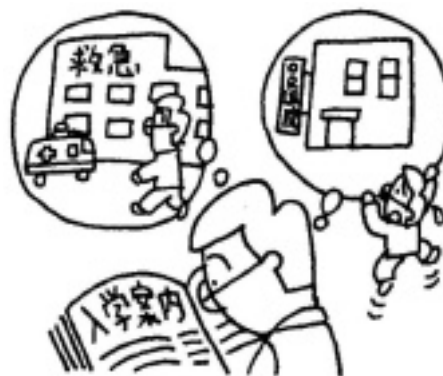
(図5：必要性の低そうな所から高いところへ医師が移るよう誘導する)

日本の医療の課題

第1の課題：“薄く・広い” “厚く・集中した”

第1の課題は、“薄く・広い” 医師や看護師の分布を、“厚く・集中した” 分布に変えることである。この課題を実現するには、(図5)に示すように、病床削減を進め、急性期入院医療と地域医療を支える医療に医療資源を集約し、現場の密度を上げる必要がある。

また(イラスト6)に示すように、地方や救急の現場で働く可能性の高い学生が増えるような医学部定員増を実施することも有効である。



(イラスト6：地方や救急などの現場で働く意志のある学生を優待する)

第2の課題：急性期病院の医師や看護師“業務量の急増” “業務量の適正化”

第2の課題は、“業務量の急増”した急性期病院の医師や看護師の“業務量を適正化”することである。この課題に対しては、(イラスト7)に示すように、急性期入院医療を行っている病院の外来に制限をかけ、病院の外来患者数を減らす必要がある。(イラスト8)に示すように、往診や夜間診療を行う開業医を組織化し、その数を増やす。24時間対応可能な在宅療養支援診療所を増やし、在宅のみならず介護施設の夜間の医療にも対応してもらう。

(イラスト9)に示すように、医師や看護師以外でも実施可能な事務的業務を事務職に、(イラスト10)に示すように、簡単な医療処置を(研修を受けた)介護職や家族などが実施できる道を開く。



(イラスト7：病院外来受診の抑制)



(イラスト8：往診や夜間診療開業医の組織化)



(イラスト9：医師の事務業務を事務職に)



(イラスト10：医療処置を介護職や家族に)

(イラスト11) に示すように、国民がコンビニ感覚で救急車や医療機関を利用できないような制限を設けるなどの対策も有効である。また(イラスト12) に示すように、国民は寿命や天寿を受け入れ、病院で最期を迎えるケースが減少するような患者教育も必要だろう。

不足かつ緊急性の高い領域と手術料の診療報酬を上げ、往診を行わない都市部の9時 - 5時診療所などの必要性が相対的に低い領域の点数を下げることである。(イラスト14) に示すように必要性の高い領域の医師数に対する加算を設定すれば、医師の給与に直接反映しやすくなる。

第3の課題：地域間と診療科間の“医師の偏在の解消”

第3の課題は、地域間と診療科間の“医師の偏在の解消”である。この問題の現実可能かつ有効であると思われる解決策は、(イラスト13) に示すように、救命救急、産科、小児科などの医師が

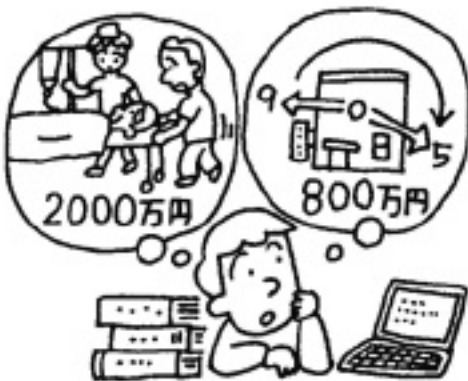
また、今後もしばらく診療報酬改定においてこの方針を持続することを厚生労働省が宣言すれば、医師数加算が設定された分野に進もうとする医師は増え、点数が下がる領域に進もうとする医師は減少し、開業ブームも沈静化するだろう。



(イラスト11：安易な救急車利用の歯止め)



(イラスト12：寿命の受け入れ)



(イラスト13：必要性に応じた医師の年収設定)



(イラスト14：必要領域の医師数加算)

日本の医療の危機的状況に対する処方箋

これまでの議論をまとめると、現在の日本の医療の危機的状況に対する処方箋が見えてくる。もともと“薄く・広く”配置されている病院勤務の医師や看護師が、最近更なる“業務量の急増”に直面し、それにより特に忙しい診療科や地方から医師や看護師が立ち去り、また新人がこれらの領域を目指さなくなり、“医師の偏在”も急速に進行しているというのが、日本の医療の危機的状況を生んでいる。この結果を国民サイドからみれば、軽症対応の外来のアクセスは、現状でも世界でもトップクラスであるが、救急車のたらい回しに象徴されるように、本当に医療が必要な時に医療が受けられなくなる状況が急速に広がりつつある。

この状況を一つの特効薬で解消することはできないが、幾つかの薬を重ねて詳報することにより、確実に状況は改善するだろう。

まず、医療スタッフを“厚く・狭く”分布するよう医療の集約化を進めることが大切であろう。これに対する処方方は、

- ・処方1.1) 医療資源を集約し、現場の密度を上げる
- ・処方1.2) 地方や救急の現場で働く意思のある医学部生定員増

が考えられる。

急性期医療の“現場の負担を軽減”するよう国民の医療機関への受診動向を変えるべく誘導を行い、同時に医療機関内での役割分担や、介護職や家族が合法的に医療処置を行える道を開く。これに対する処方方は、

- ・処方2.1) 病院の外来患者数を減らす
- ・処方2.2) 往診や夜間診療を行う開業医を組織化
- ・処方2.3) 医師の事務業務を事務職に
- ・処方2.4) 簡単な医療処置を介護職・家族に条件付き開放
- ・処方2.5) 国民の救急医療への受診形態を変える誘導
- ・処方2.6) 国民の死生観を変える教育

などが考えられる。

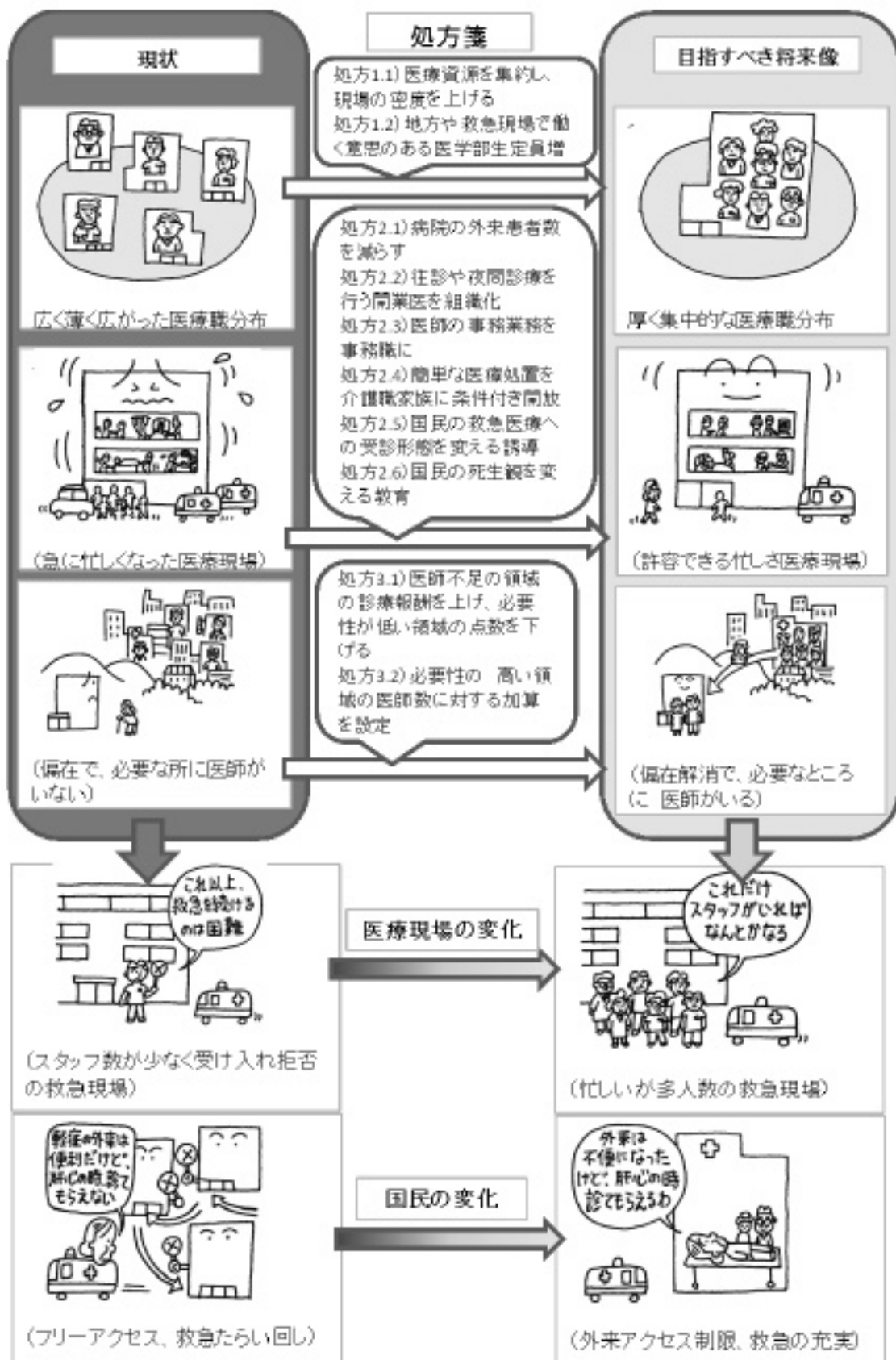
また“医師の偏在の解消”を図ることも不可

欠である。これに対する処方方は、

- ・処方3.1) 医師不足の領域の診療報酬を上げ、必要性が低い領域の点数を下げる
- ・処方3.2) 必要性の高い領域の医師数に対する加算を設定

などが考えられる。

以上をまとめたのが、次ページ(図6)の「日本の医療の危機的状況に対する処方箋」である。ここに示した処方方は、どれを単独で行っても現在の急性期医療の危機状態にプラスに働く。このような処方を早く、強力に実施することにより、日本の医療は「高齢化率30%、後期高齢者比率20%」という人類始まって以来最も支える側の負担の大きな社会に適応した形態に変わっていくことを期待したい。



(図6：日本の医療の緊急事態に対する処方箋)

最悪の選択肢である医療費の「総額管理」を避けるために

(社会状況)

- (1) 今後、後期高齢者が急速に増え、医療を必要とする高齢者が急増するという社会構造の変化、
- (2) 国にお金が無いという財政的要因、
- (3) 医師や看護師不足、その傾向が特に急性期の現場において顕著という現在の医療界の現状を上げることができる。

医療費の自然増に支える側の支払い能力が耐え切れなくなった場合、医療現場のことをほとんど知らない官僚や財界・政治家が、医療制度改革を模索した場合、どのような政策の実施を考えるであろうか。一番可能性が高いのは、小泉元首相が郵政選挙の直後の経済財政諮問会議で盛んに議論された「総額管理」という手法であろう。

「総額管理」とは、わかりやすく言えば医療費の一律カットのことであり、例えば、次年度の医療費が30兆円と決められたが、実際に33兆円の医療費が必要になった場合、1点を9.09円(=10円×30/33)にして総額を30兆円になるよう帳尻を合わせる手法

(2005年11月23日日本経済新聞)
医療費抑制へ「目安指標」諮問会議 総額管理は見送る
同日(11月22日)の会議で合意した改革案では、将来の医療給付費について、経済規模に関する指標と照らし合わせ、25年度までの5年ごとの見通しを策定する。
現実の伸びが目標数理を超えた場合にも「一律、機械的、事後的な調整は行なわない」として厳格な総額管理は見送った。その代わりに原因を検証し、医療費抑制策の見直しに反映させる枠組みを入れた。

このような現状の下、今後10年間、

- (1) の後期高齢者急増による医療費の自然増
- (2) の財政的逼迫が更に進む中、「DPCによる包括払い+出来高払い」という現在の診

療報酬体制の有り様では、持続困難であろうというのが、提案の原点である。

(医療制度改革の進むべき方向性)

高齢者が今後急速に増大し医療費の自然増が見込まれるが、医療財政が逼迫しており、医療財源が高齢者の増えるスピードに比例して増えていくとは考えにくい状況にある。

限られた財源の中で医療制度を維持していくための財源の配分方法として、

- (1) 全体の医療費を“一律カット”する方法と、

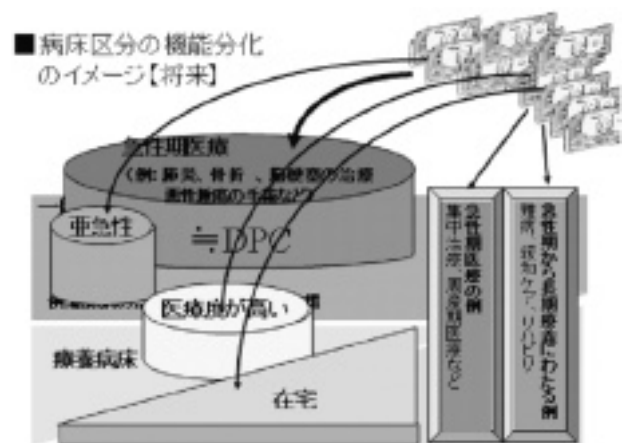
- (2) 必要性の高い部分には現状維持(あるいはより厚く)、必要性の低い部分には薄く配分する“傾斜配分”、

という2つの方法が考えられる。

もちろん、(2)の“傾斜配分”的なメリハリのある配分が望ましく、国もこの方法での改革を目指しているように思われる。

この場合、どのような医療を提供している施設、あるいは病棟の必要性が高く、またどのような医療を提供している部分を必要性が低いとみなすかが、最大の問題となる。

この問題を考える重要なヒントが、平成15年4月30日に医療提供体制の改革に関する検討チームにより発表された「医療提供体制の改革ビジョン案」である。



今回の提言の前提「入院医療は、全て包括に」
傾斜配分を行うには、無駄な部分を特定し、そ

の部分のスリム化する必要がある。そのスリム化すべき部分のかなりの部分が、現在DPCを行っていない一般病床の中にあるのではないだろうか。スリム化には、「必要度の低い病床のスリム化（削減）」と、「過剰と思われる診療部分のスリム化」が、含まれる。

現在DPCによる支払いを受けている病院よりも、現在出来高で支払いを受けている一般病床（非DPC一般病床）のほうが、包括払いに適しており、非DPC病床に対して包括化を適切に進めることにより、「必要度の低い病床の削減」と「過剰と思われる診療部分のスリム化」が、同時に達成できる可能性が高い。

現在の「DPC + 出来高払い」の体制を続け、医療界の外的からの財政的な圧力により一律カット（総額規制）を呑まされようになる前に、日本の入院医療は、全て包括払いにすることにより、医療界自ら効率化のビジョンを社会に向けて発信すべきであろう。

包括払いが適している病院とは、「標準的な医療で対応可能な患者の比率が高い」病院、別の言い方をすると、「例外的な患者や特殊な患者が少ない」病院である。包括払いが最も適した病院を例示するならば、白内障の手術を数多くこなす眼科の専門病院などをあげることができる。逆に、包括払いが最も適さない病院は、市中の一般病床では手に負えない症例や、標準から外れた医療を必要とする患者を数多く集めている病院であろう。

一般病床を、DPCによる支払いを受けている「DPC病院」と、DPCによる支払いを受けていない「非DPC病院」に分けた場合、標準から外れた医療を必要とする患者をより多く集めているのは、現在の「DPC病院」のほうであろう。政策的見地から包括払いを導入しやすいという見地から、わが国では特定機能病院から包括払いが始まったが、特定機能病院は、実は、包括払いが最も適さない病院といえるかもしれない。

標準的な医療で対応可能な患者の比率が高い病院が包括払いに適した病院という原則から考えるならば、現在の「非DPC病院」に対して包括払いを行い、現在のDPC病院に対して出来高払いを行う

ほうが、理に適っていると言えるだろう。これまでのDPCに関する調査より、包括払いを受けようになると、病院の診療内容がスリム化されることが、明らかになっている。すなわちDPC準備病院（出来高払い）がDPC実施病院（包括払い）になると、(1)入院中に行っていた検査の多くを外来で実施するようになる、(2)新薬を積極的にジェネリック（後発医薬品）に切り替える、(3)医療内容の検討を行い、必要な医療の取捨選択を行う等により、入院医療のスリム化を行っている。診断群や病院によりスリム化の程度は異なるが、種々のデータから判断すると、5%から10%程度、医療内容のスリム化が行われたことが推察される。

更に、(1)の検査の外来実施、(2)のジェネリック薬剤への切り替え、(3)医療内容の検討などによる医療内容のスリム化は、例外的な患者や特殊な患者に対してよりも、定型的な患者に対して行うほうが圧倒的に容易である。もし現在の非DPC病院に対し包括払いが導入され、非DPC病院がDPC制度に順応するように医療内容を変えていく能力を有するならば、包括化による医療のスリム化の効果は、現在のDPC病院に包括化を進めた効果より大きいことが期待できる。

現在の非DPC病院に包括化が導入される場合、現在DPC病院に課されているレベルではないが、なんらかの電子化した医療提供内容を示す情報の提出が求められるであろう。この条件を満たせない病院は、医療機関から介護保健施設や同居施設への転換を行うのが望ましいだろう。DPC病院と比べ現在のDPC病院の在院日数などの医療内容の管理は、行われていないと思われる。

もしこれらの病院に、現在のDPCのような診断群ごとの包括費の逓減制や、提出データによるベンチマーク結果のフィードバックが導入されると、これまでの入院期間の施設間のばらつきが大きい分、医療の標準化の効果が大きく、日本の医療の質の底上げに大きく寄与するだろう。

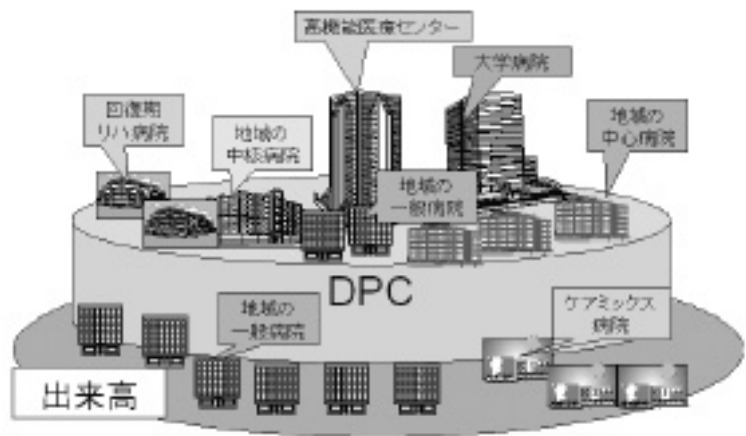
このような改革が進むことにより、医療提供内容の質管理を行う能力のない病棟が、淘汰されることになり、日本全体の傾斜配分的な医療的体制のスリム化が実現できるだろう。

DPCを巡る議論（2）：1階建て vs 2階建て

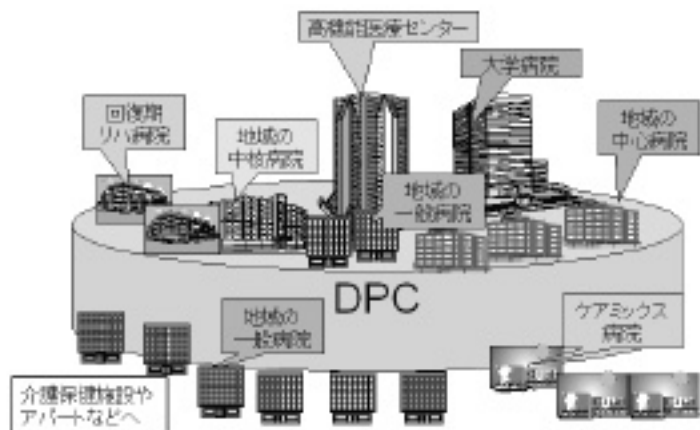
（10年後の一般病床支払い体制3つのシナリオ）

第1のシナリオは、「出来高払いと包括払いが並存する」現在のような診療報酬体型が10年後も続いている

現状の「DPC+出来高」維持



包括1基準で運用(1階建て)



第2のシナリオとして「大学病院も、地域の一般病床も同一の診断群分類を用いて一括運用(1階建て)」する。出来高は、なくなる。

包括2基準(高度先進&地域一般)で運用(2階建て)



第3のシナリオとして、一般病床を高度専門病棟と地域医療をベースとする病棟を分けて「2階建て」で運用する。出来高は、なくなる。

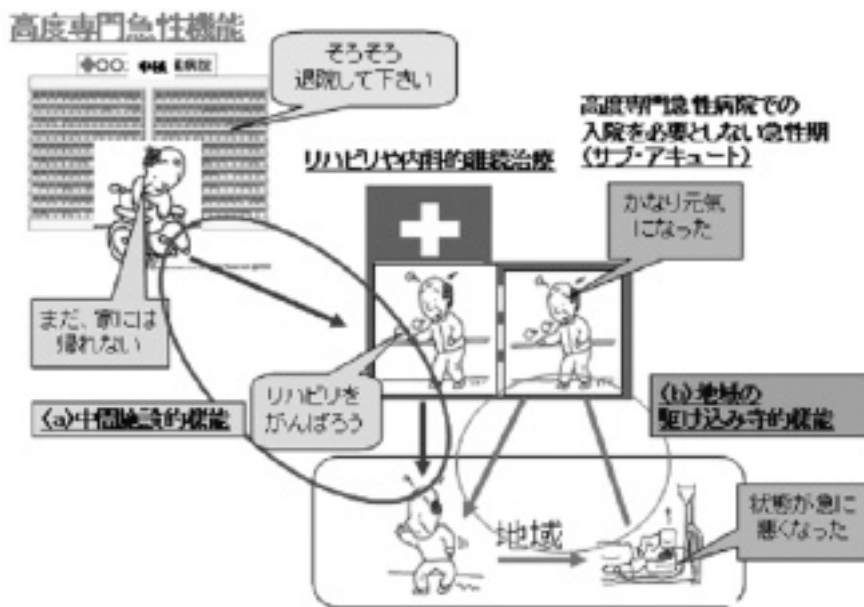
「2階建て」で運用のイメージ

DPCで運用される高度専門急性病院の平均在院日数が短くなり、退院時には、まだ自宅に復帰できるまでには復帰していない患者が数多く存在するようになってきた。このような患者に対して、(図7)に示すようなリハビリや内科的継続治療を提供し、急性期の病院と地域(自宅や介護保健施設など)をつなぐ(a)中間施設の機能を持つ施設の需要が、今後ますます高まるものと思われる。また高齢化社会が進行すると、骨折の非観血的治療や多くの肺炎、脱水など、高度専門急性病院での入院を必要としない急性期(サブ・アキュート)の入院患者が急増するだろう。これらの高度専門急性病院での入院までは必要としない急性期の患者を受け入れる(b)地域の駆け込み寺的機能を持つ施設の需要も、今後ますます高まると思

われる。これらの機能を併せ持つ病棟の必要性を、四病協が主張し、このような病棟のことを「地域一般病棟」と命名した。

今後病床の機能分化を進めるためには、急性期からの受け入れるポスト・アキュート病棟(病院)だけでなく、在宅・介護施設等の増悪期の対応などの役割を担うサブ・アキュート病棟(病院)が、各地に整備されることが望ましい。そのためには、急性期からの患者と地元からの急性期の患者を区分するケースミックス分類に基づく段階的診療報酬の設定(一部出来高)が必要であろう。

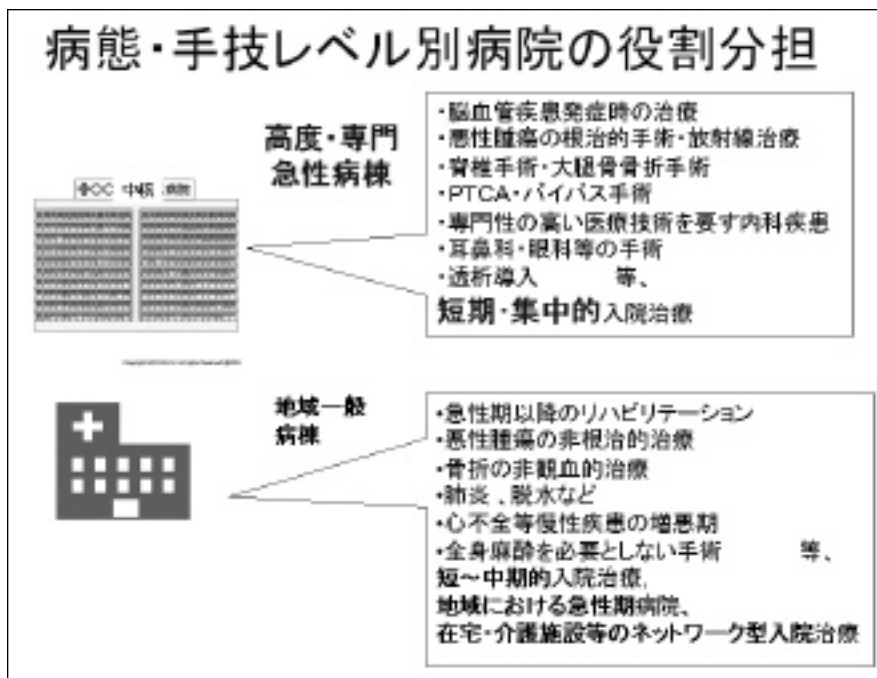
先に述べたところの2階建の下の部分を担うのが、この地域一般病棟であり、我々は高度先進医療を担う病院(病棟)と、地域一般病棟(病院)は別々に、診断群分類(診療報酬)や施設基準を作成したほうが望ましいと考えている。



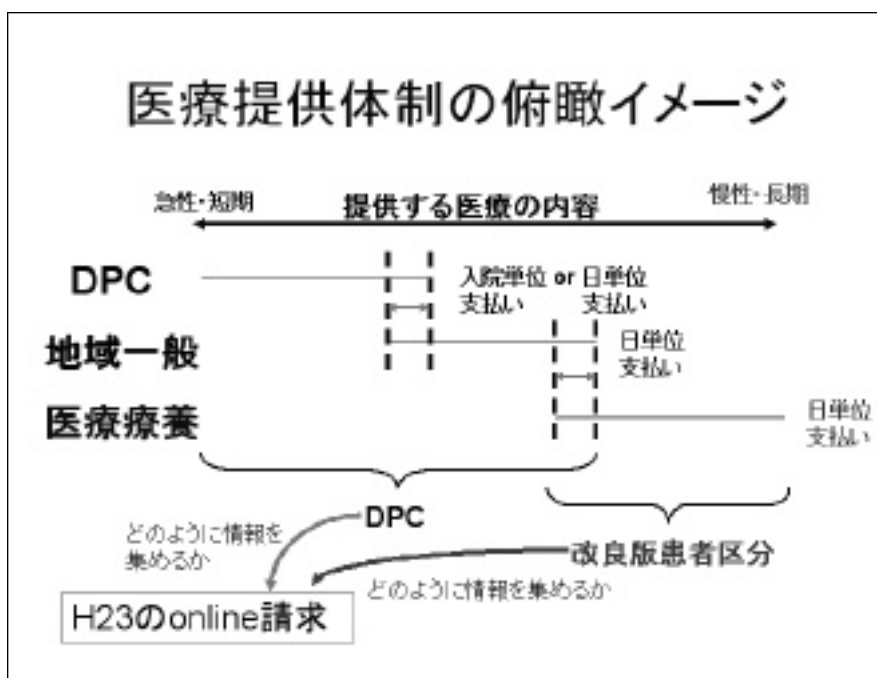
(図7: 地域一般病棟のイメージ)

高度・専門急性病院と地域一般病棟の役割は、(図8)に示すような形で分けられるであろうと想定している。このような形で高度医療を担う病棟と、地域医療を担う病棟を明確に区分したほうが、地域全体で考えた場合、効率的な医療が提供しやすいと思われる。

また、地域一般病床と高度・専門急性医療を担うDPC病院(病棟)、医療療養の医療提供の棲み分けを、(図9)に示す。まず、DPC病院(高度専門急性)と、地域一般病棟の患者は、ある程度オーバーラップしている。また、地域一般病棟と療養病棟の患者もある程度オーバーラップするだろう。



(図8：高度・専門急性病院と地域一般病棟の役割分担)

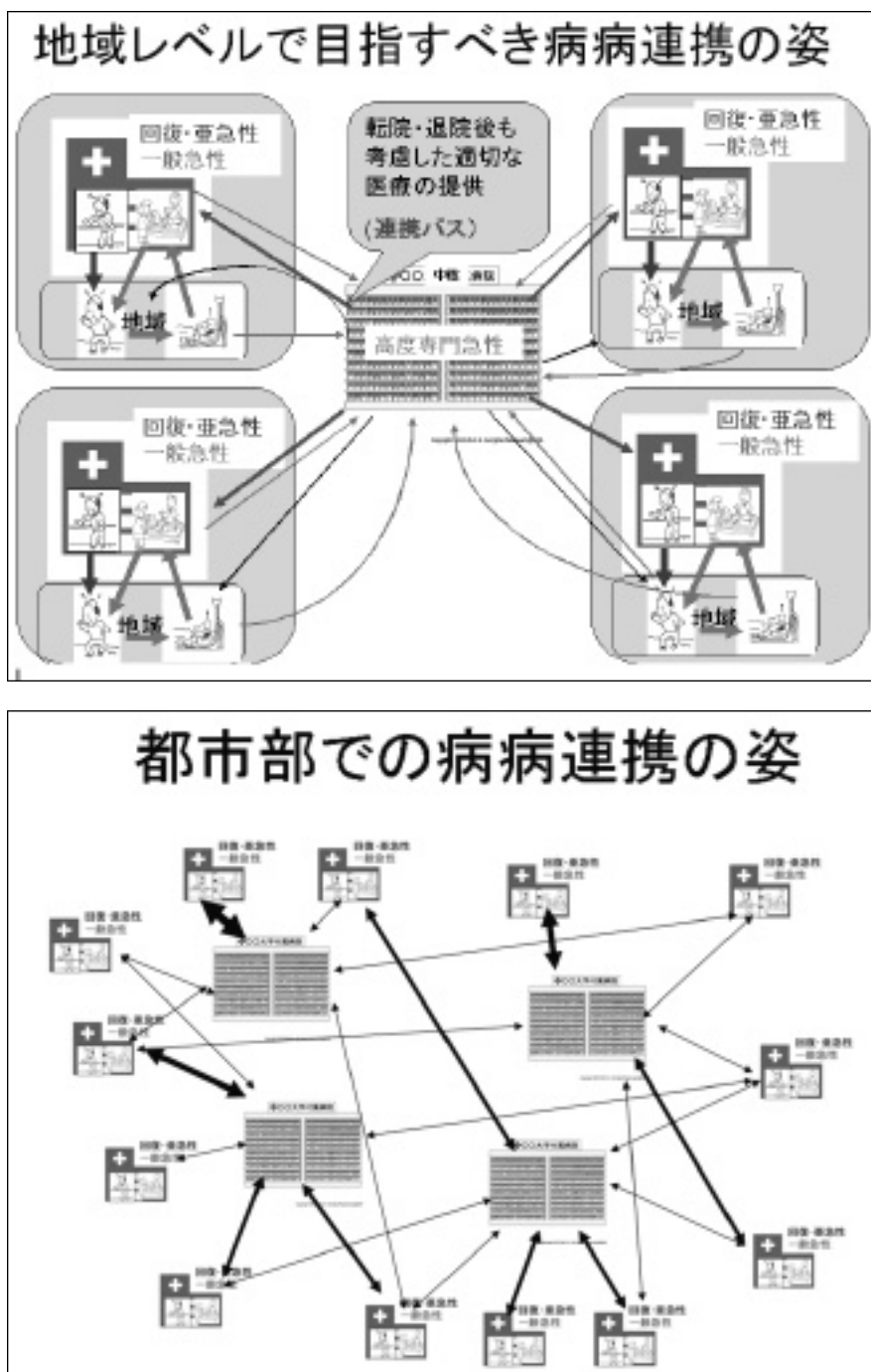


(図9：DPC(高度専門急性)・地域一般・医療療養の提供の棲み分け)

高度専門急性病棟の支払いは、一入院単位あるいは現在の日割り単位の包括額をDPCごとに決める方式になるであろう。地域一般病床は、ケースミックスを用いた日割り単位の包括方式が望ましい。また医療療養は、医療区分・ADL区分による患者区分を基にした日割り包括支払いである。(図10)に示すような形で医療制度改革が進むと、

将来的には、急性期、地域一般、医療療養型を含む日本の入院患者に対する支払いは、全てケースミックスを基にした包括払いになり、出来高払いは縮小する(なくなる)ことが予想される。

また2階建て包括下では、高度専門病棟と地域一般病棟が、以下に示すような形で連携を行うことが予想される。



(図10)

日本DPC協議会では、現在の「包括+出来高」による支払い制度を、どのように変えていくか、どのように新しい診断群分類を作成するかななどを議論中

地域で中核となる病院に勤務する医師の負担軽減の評価

・地域の中核病院として、十分な人員配置及び設備等を備え、産科、小児科、精神科等を含む総合的かつ専門的な急性期医療をいつでも提供できる入院機能、及び地域の他の医療機関との連携体制に基づく外来の縮小等の勤務医の負担軽減のための取組を評価する。

新【入院時医学管理加算】120点（1日につき、14日を限度）(図11)

急性期後の入院機能の評価

第1 基本的な考え方

急性期入院医療においては、平均在院日数が減少

する等、より効率的な医療が提供されてきている。一方、高齢化に伴って、様々な慢性疾患を持つ患者が増えており、急性期の疾病が軽快しても、慢性疾患の安定化を図る必要がある場合も多い。このような、急性期治療を経過した患者に対して、在宅復帰支援機能を有する医療機関において、効率的かつ密度の高い急性期後の入院医療を行った場合について評価する。

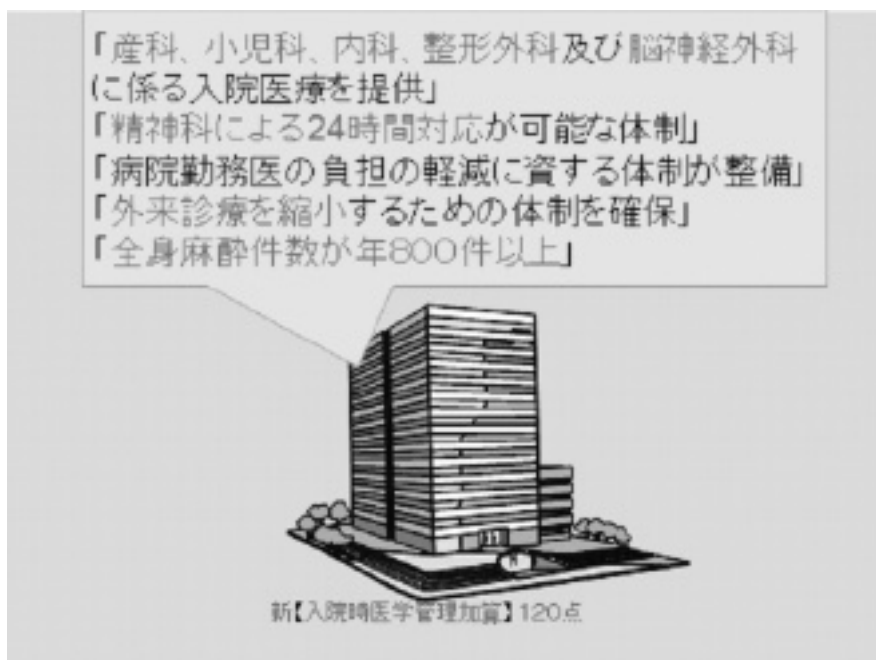
第2 具体的な内容

・急性期治療を経過した患者に対して、効率的かつ密度の高い医療を提供するために、一般病棟の病室を単位として算定するもの。

亜急性期入院医療管理料2 2,050点（60日を限度。200床未満の病院に限る。）

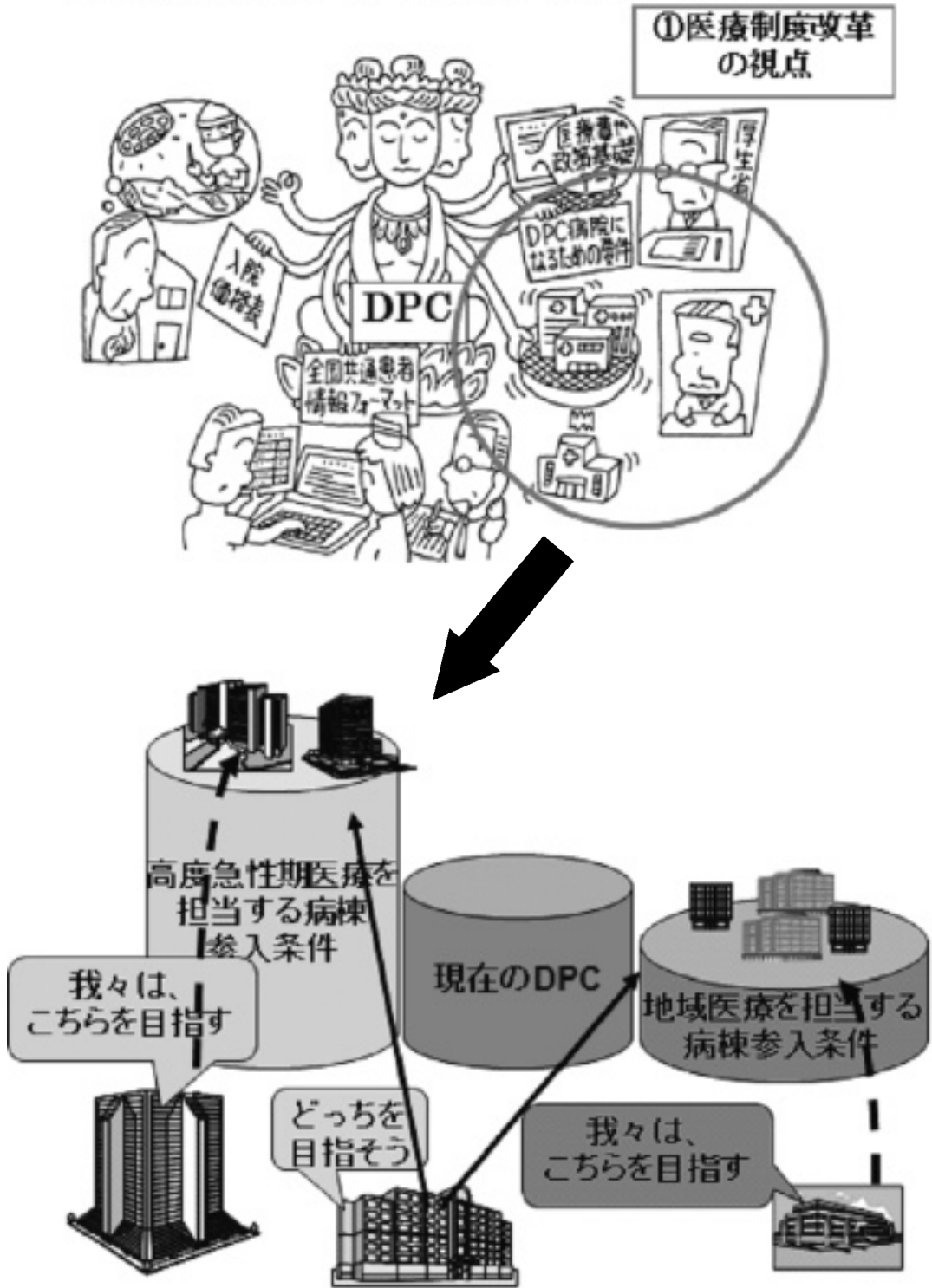
[算定要件]

2 当該病室の病床数は、当該保険医療機関の有する一般病床の数の3割以下であることほか、既存の亜急性期入院医療管理料の基準と同様



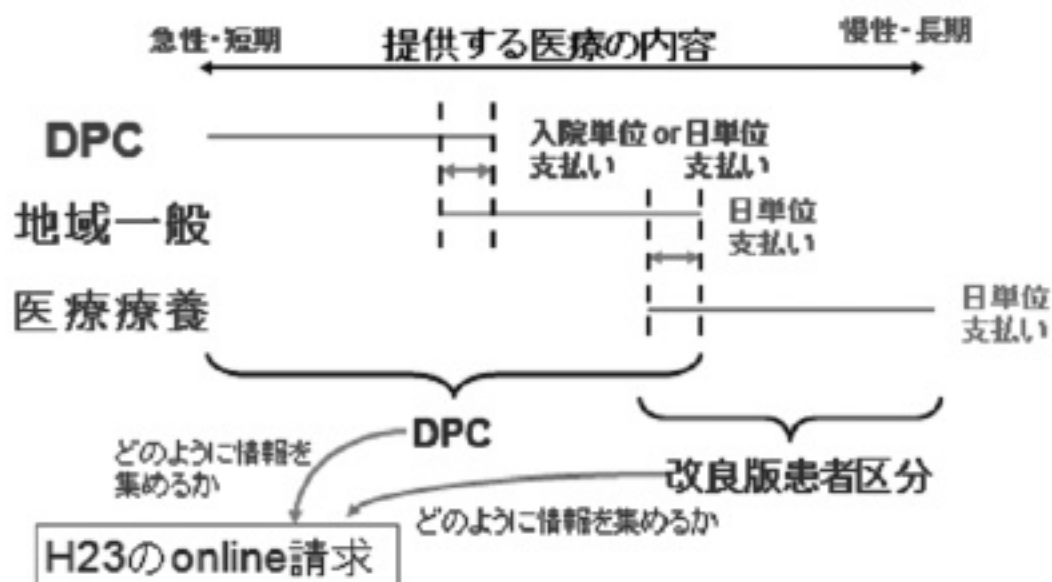
(図11)

見る角度により顔が変わるDPC

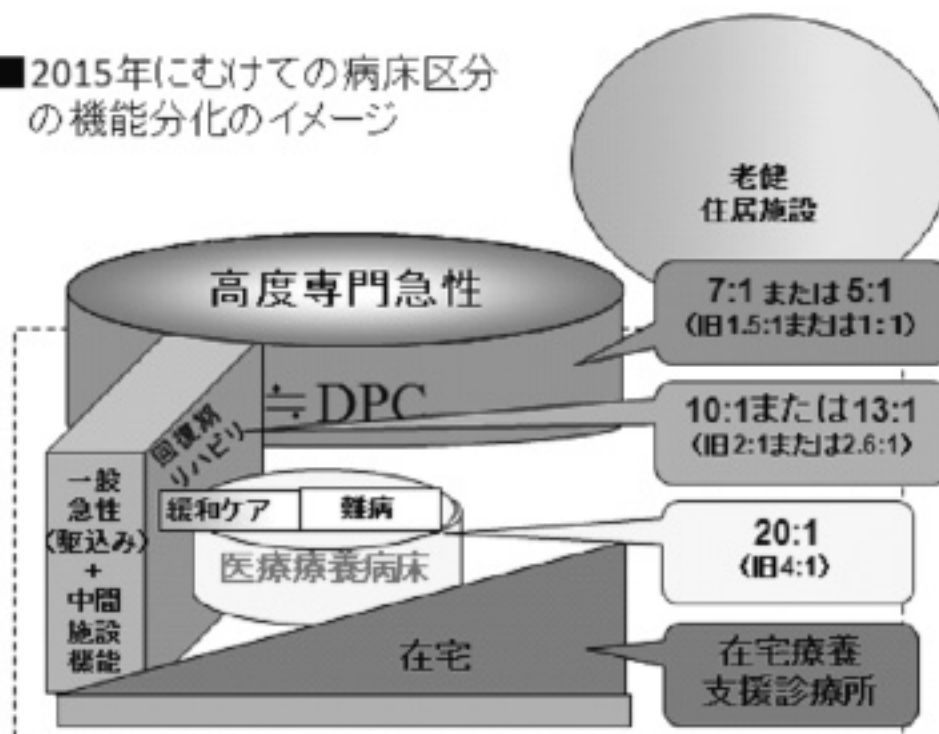


(将来的に病院の基準が2種類?)

医療提供体制の俯瞰イメージ



■ 2015年にむけての病床区分の機能分化のイメージ



「先行き不鮮明に対する処方箋：国（診療報酬を決める側）の視点で考える」

今回の主題である療養病床を含め医療に関わる方々の多くが「今後の医療界の先行きは、不鮮明である」と言われる。医療界の先行きを明確に予測することは不可能であるが、現状の視界を少しでも良くする処方箋がある。その処方箋とは、出来る限り「国（診療報酬を決める側）の視点」で医療界の先行きを考えるということである。

現場で患者さんと日々接する医療関係者は、目の前にいる患者さんのニーズを満たすよう努力し、診療報酬改定も日常的に発生する種々の問題を解決できる方向で改定されるべきであると考え。その結果、療養病床に限らず医療関係者は、自分達及び自分達が接する患者さんが日々困っていることが解決される方向に診療報酬が改定されるべきである、あるいは、改訂されるはずであると感じる。逆に、自分たちの感覚と異なる方向に診療報酬の改定が行われれば、「国は現場のことを理解せず、けしからん」と憤ることが多い。例えば、家に帰れず退院できない数多くの高齢の患者さんに日々接している療養病床の関係者は、「療養病床削減などはとんでもない（現状と合っていない）、むしろ療養病床が増えるべきである」と考えるのが自然であり、家に帰れない高齢者に対する現場の努力が報われるべきであると考えだろう。現場の診療報酬改定に対する評価の視点の基本は、診療報酬改定により目の前の状況が改善したか、悪化したかである。

一方、国（診療報酬を決める側）は、現場と異なった少なくとも3つの視点を持っているように思われる。第1は、“全体のバランス”の視点、第2は“財源”の視点、第3は“将来からの逆算”の視点である。

診療報酬を決める側の視点1：全体のバランス

医療保険に係る診療報酬の原案は、厚生労働省の保険局医療課で作成される。（ちなみに介護療養を含む介護保険に係る点数の原案は、老健局老人保険課で作成される。）医療課は、医療療養病床のみならず、急性期病床、外来、歯科、薬剤など医

療にかかわる全ての領域の診療報酬の点数の原案を、全体のバランスを考慮しながら作成している。療養病床の診療報酬点数のみならず、全ての領域の診療報酬点数は、診療報酬原案を作成するスタッフが、「その領域が医療界全体の中で、どのような位置を占めているか」と考えているかにより、大きく左右される。例えば、保険局医療課のスタッフが「産科・小児科の領域は、他の領域よりも緊急事態に直面しており、至急対策を打つ必要がある」という現状認識を持っているならば、産科・小児科の分野は当然他の分野よりも手厚い方向での診療報酬改定の原案が作成されるだろう。すなわち診療報酬改定の原則は、診療報酬を決める側が「他の領域よりも緊急性が高い、余裕がない」と見なされている領域は点数アップ、「他の領域よりも（比較相対で）必要性が低い、余裕がある」と評価されている領域は、点数ダウンということである。2008年の診療報酬改定における医療療養病床の点数の動向は、診療報酬を決める側の視点から見て「医療療養病床が、医療の他の領域と比較で、どのような優先順位を占めるか」にかかっているといても過言ではないだろう。

診療報酬を決める側の視点2：財源の視点

先にも述べたが、現場は日常的に発生する種々の問題を解決できる方向で診療報酬が改定されるべきであると考え、「今は国の財政が厳しいのだから、自分たちも切り詰めなければならない」という医療全体の財源のことを考えながら診療報酬の動向を考える（評価する）現場の医療人はまれであろう。一方診療報酬を決める側は、限られた財源をもとに医療費を分配しなければならない。この両者の意識のギャップ、言い換えるならば「現場が困っている状況を改善する方向で診療報酬は改訂されるべきである」という医療提供側の予測（期待）と「無い袖は振れない」という診療報酬を決める側の事情の乖離が、現場の思いとは異なった方向へ医療制度改革が進んでいく大きな要因といえよう。言うまでもないが、医療提供に必要な費用は、保険料と税金と患者さんの自己負担により賄われている。今後医療サービスを必要とする高齢者

が急速に増え、支える側の人口は徐々に減少していく。「無い袖は振れない」という診療報酬を決める側の現実を直視することにより、今後の医療制度改革の進む方向性が、今よりも正確に予測できるようになる。

診療報酬を決める側の視点3：「将来からの逆算」の視点

現場では、今いる患者さんに責任があるので、現場の人々は、現在の状況に責任を持てる範囲内で、言い換えるならば、現在の延長上で将来の予測を行う傾向が強いように思われる。一方診療報酬を決める立場の人々は、現在直接患者さんを担当しているわけではないので、現場よりも発想の自由度が高い。また同時に、現場よりも将来予測の数字に接する機会も多い。その結果現場よりも、将来の姿を思い浮かべ、そこから逆算して今後進めるべき医療制度改革の方向性を考える傾向が強いように思われる。この現場の「現状の延長上」から出発する診療報酬予測と「将来からの逆算」から診療報酬の方向性を決める発想のギャップも、現場の人たちの期待の多くを、診療報酬が満たせない主要要因の一つであろう。

診療報酬を決める側から日本の医療提供体制はどのように見えているか

以上述べてきた診療報酬側の3つの視点をもとに、国（診療報酬を決めている側）がどのように日本の医療提供体制を見ているかという筆者の予測を紹介する。

まず第3の「将来からの逆算」の視点より、多くの官僚は、「現状のままの医療提供体制のままでは、近い将来、皆保険制度を中心とする日本の医療提供体制はもたなくなる」と予測している。またこのような事態を避けるために、「できるだけ早期に日本の医療提供体制をスリム化する必要がある」と考えていることは間違いない。

今後高齢者が急速に増大し医療費の自然増が見込まれるが、医療財政が逼迫しており、医療財源が高齢者の増えるスピードに比例して増えていくとは考えにくい状況にある。ここで重要になるのが、第2の「財源」の視点である。限られた財源

の中で医療制度を維持していくための財源の配分方法として、(イ)全体の医療費を一律にカットする方法と、(ロ)必要性の高い部分にはより厚く、必要性の低い部分には薄く配分する傾斜配分という2つの方法が考えられる。もちろん、(ロ)の傾斜配分が望ましく、国もこの方法で医療提供体制のスリム化を目指しているように思われる。この場合、国がどのような医療を提供している施設、あるいは病棟の必要性が高く、またどのような医療を提供している部分を必要性が低いとみなすかが、最大の問題となる。

この優先順位の付け方を予想するのに、第1の「全体のバランス」の視点が重要になる。現在提供されている医療サービスの中で、“必要性のない”ものはほとんど存在しない。もちろん療養病床も社会的に見て重要な役割を果たし、無くなれば困る患者さんや家族も数多く存在する。しかし近年の厚生官僚の発言をみると、優先順位が高いのは「急性期入院医療」であり、比較相対で優先順位が低い領域は、「診療所内での診療を行い、地域への往診を行わない（都市部のビル診などの）開業医」や、「療養病床」であると思われる。このように官僚たちが考える様になってきた大きな要因の一つとして、一昨年あたりより急激に進んだ医師不足、看護師不足がある。日本はOECD諸国の中で人口当たりの病床数が多く、人口当たりの医療従事者数（特に医師数）が少ない。その結果医療従事者が医療現場に“薄く・広く”広がり、急性期病床100床あたりの医師数・看護師数が米国の5分の1程度、ヨーロッパ先進諸国の約2分の1という状況になった。もともと手薄い日本の急性期入院医療の現場に、近年急速に医療の高度化、在院日数の短縮、インフォームド・コンセント、DPCなどの波が押し寄せ、急性期入院医療の現場の忙しさが限界に達しようとしている。厚生労働省が昨年8月8日に開催した中医協総会で平成20年度診療報酬改定に向けた検討項目例案を示したが、今回の改定における筆頭の検討項目（重点項目）として示されたのが、「医療の実情を踏まえた視点からの検討」であり、その具体的内容として「ア 勤務医の負担軽減のための方策」と「イ 救急医療、産科医療、小児医療などの重点的な評価」が挙げられた。

後期高齢者が急増する一方、支える側の人口が漸減する社会において、いかにして疲弊した日本の急性期入院医療を立て直すかが、平成20年度の国（診療報酬を決定する立場）の最優先課題である。また他の検討項目案を読み合わせるにより見えてくる急性期入院医療に対する対策の方向性は明瞭であり、「（比較相対で）必要性の低いと思われる医療サービスや病床を切り詰め、そこで浮いた医療スタッフと財源を急性期入院医療に回し、急性期の現場の密度を上げる」というようなものであると思われる。

療養病床の診療報酬点数が、この急性期入院医療の救済という問題と切り離して決められるわけではない。先に述べた比較相対で必要性の低いみなされる病床の主要なターゲットは、「医療必要度の低い患者が占有している病床（療養病床のみならず、一般病床にも少なからず存在すると思われる）」だからである。

診療報酬を決める側から療養病床はどのように見えているか

今後、後期高齢者が急増することは間違いない。

またこれらの高齢者の多くは、独居、または高齢者世帯であり、“終末期の高齢者を支える能力の低い”環境で生活することになる。（図12）は、世界各国の65歳以上の高齢者に対する介護施設、公営社住宅の定員数の割合を示す。わが国では2005年の時点において65歳以上の高齢者に対し、3.5%の介護保険施設のベッドと、0.9%の高齢者住宅が存在している。この比率は、米国やスウェーデンと比較して約2%、英国やデンマークと比較すると6%以上低い。国も医療や介護を必要とする高齢者の受け皿の必要性は認識しており、最近、厚生労働省の官僚も講演で図を用いて今後、高齢者住宅を増やしていく重要性を強調している。

老人保健施設協会が反対し未だ正式名称は決まっていないが、療養病床の受け皿となる転換型老健（仮称）の正式名称も近日中に決まり、今年の春には、介護保険の点数も決定するだろう。その点数は、政策誘導の意味から医療療養病床よりも収差的に有利な点数がつけられるであろうと筆者は予測している。その他、療養型施設が老健などに転換を行う場合、施設の基準や長期債務に関する数多くの優遇策が昨年発表された。

○各国の高齢者の居住状況（定員の比率）

（全高齢者における介護施設・高齢者住宅等の定員数の割合）

日本（2005）	4.4%	※1 60.8%	介護保険施設等 ※2 0.9%
スウェーデン（2005）※3	6.5%	サービスハウス等 (2.3%)	ナーシングホーム グループホーム等 (4.2%)
デンマーク（2006）※4	10.7%	プライエボリー・エルダボリー等 (8.1%)	プライエム等 (2.5%)
英国（2001）※5	11.7%	シェルターハウジング (8.0%)	ケアホーム (3.7%)
米国（2000）※6	6.2%	アシステッド リビング等 (2.2%)	ナーシング・ホーム (4.0%)

※1 シルバーハウジング、高齢者向け優良賃貸住宅、有料老人ホーム及び軽費老人ホーム

※2 介護保険3施設及びグループホーム

※3 Sweden Socialstyrelsen（スウェーデン社会省）聞き取り調査時の配布資料（2006）

※4 Denmark Socialministeriet（デンマーク社会省）聞き取り調査時の配布資料（2006）

※5 Elderly Accommodation Counsel（2004）「the older population」

※6 医療経済研究機構「米国医療関連データ集」（2005）

出典）平成18年5月 介護保険事業状況報告

（図12）

一方、2011年度末に決まっている「介護療養型医療施設」の廃止、法律に書き込まれているわけではないが努力目標として示されている15万床という医療療養型病床の削減目標、「(比較相対で)必要性の低いと思われる医療の病床を減らし、そこで浮いた医療スタッフと財源を急性期入院医療に回す」という医療制度改革の方向性など、現在明らかになっている療養病床に対する風当たりは強い。

最終的に診療報酬を決めるのは中医協であり、厚生労働省の官僚ではない。よって厚生官僚は立場上、「今後の療養病床に対する基本方針は」であり、「**この方向で政策を進めていきます。**」というような明確な形での基本方針を述べることは難しい。しかしこれまでの話や国の委員会等の公式資料などを総合すると、国(診療報酬を決める複数の担当者)は、以下の「国の療養病床に対する基本方針」に示すようなことを前提に、2008年春の診療報酬改定や転換型老健の点数を考えているように思われる。

筆者が予測する「国の療養病床に対する基本方針」

医療や介護を必要とする高齢者の受け皿の必要性は今後急速に高まり、その受け皿となる施設の数を増やす必要がある。しかし受け皿となる施設が、医療機関である必要がある場合は限られ、その必要数は医療療養病床15万床程度であろう。

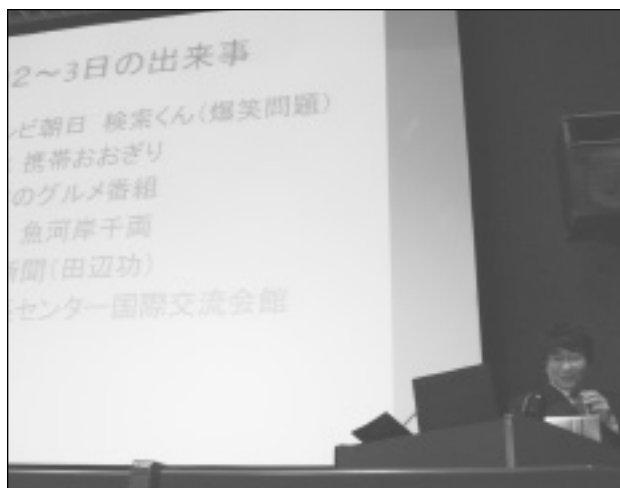
介護療養病床および一部の医療療養病床は、転換型老健(仮称)や高齢者住宅などに転換することが望ましく、転換を行う施設に対しては、あるレベルの優遇策を講じる。

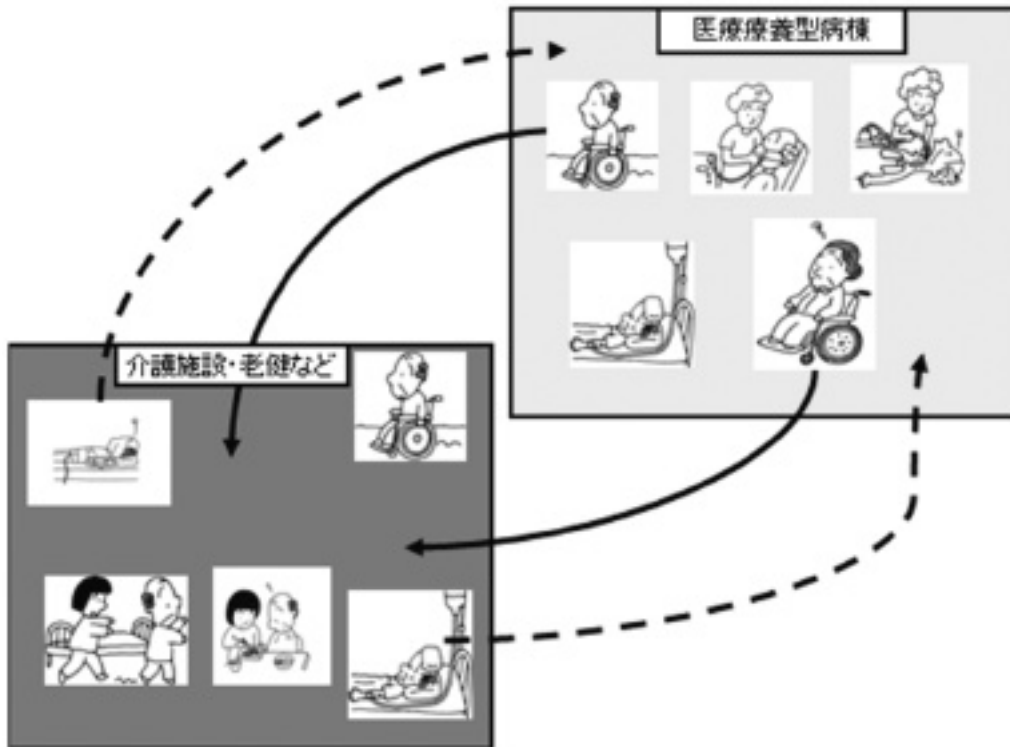
医療区分・介護区分の導入により何が起きたか

療養病床再編と2008年度の診療報酬・介護報酬の予測を述べる前に、これまで行われてきた医療療養型の改革を振り返る。2006年7月から医療療養型病床では、医療区分*ADL区分をもとにした包括支払いが開始された。以下の(図13)と(図14)を用いて、医療区分が導入により医療療養型病床で起きたと予想される変化を説明する。医療区分が導入される以前、医療療養の一部の病棟では、車椅子で生活し、自立度が高い患者さんが数

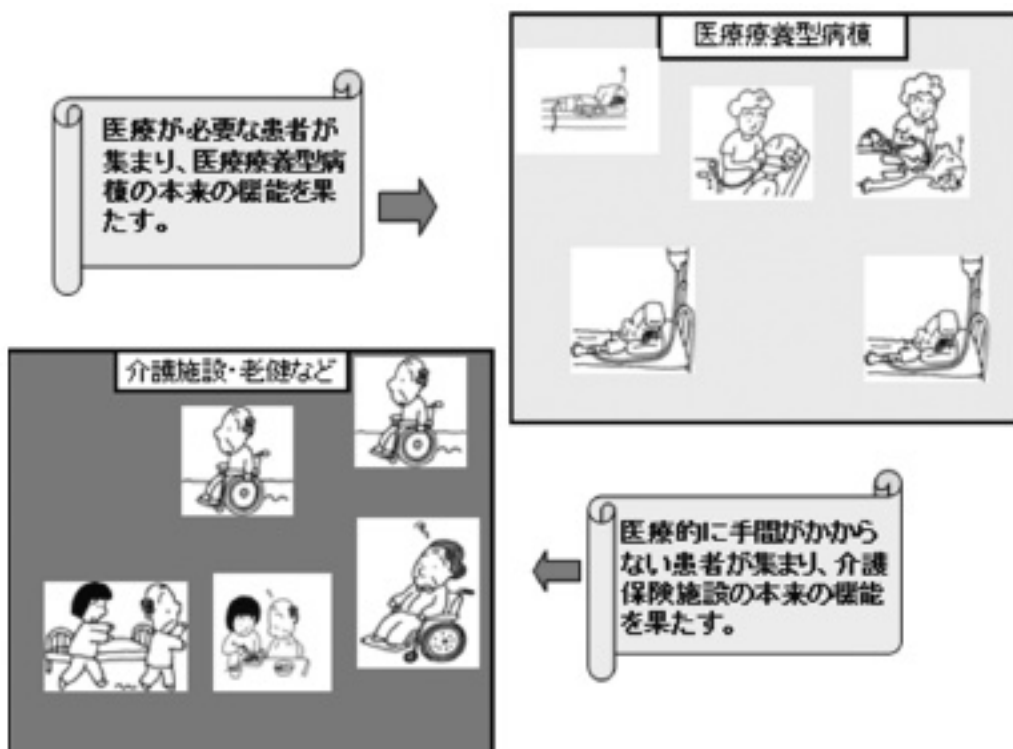
多く入院していた。一方、老健や特養等にも、胃瘻や意識レベルの低い入居者が、数多く入所している施設がある。その結果、自立度の比較的高い高齢者が数多く入院している一部の医療療養型病床と、ADLの低い高齢者が数多く入院している介護施設を比較すると、(図13)に示すように、患者像、入所者像に大きな差が無いという状態があった。

2006年7月より医療的に手のかからない医療区分1の患者さんに対する診療報酬は、大幅に引き下げられた。それまではリハビリなどの一部費用は除き、基本的に患者さんの医療的状态に関わらず入院に対する支払いは一律の額であったので、医療的に手のかからない患者さんは、収支の面から考えれば、最も採算性の良い患者さんであった。ところが一昨年の7月1日から、これらの患者さんは、最も採算性の悪い患者さんになったわけである。一方、医療的に手のかかる医療区分2,3に相当する患者さんは、これまで採算性の悪い患者さんであったが、7月1日以降、採算性の高い患者さんになった可能性が高い。





(図13：医療区分導入前の療養病床と介護保険施設の現状比較)
患者像、入所者像に大きな差が見られず、どちらが病院でどちらが施設か区別がつかない



(図14：2006年7月以降の医療区分導入後の比較)
医療療養に医療的に手のかかる人は療養に集まり、患者像・入所者像に大きな差が生じる

その結果2006年7月を契機として、(図13)の実線で示すように医療療養型から医療的に手のかからない「医療区分1」の患者さんの退院が促進され、施設や在宅へ移ることになったと思われる。また同時に、「気管切開の患者さんやMRSA陽性の患者さんは受け入れない」と医療的に手のかかる患者の入院を拒んできた一部の療養病床が、一転、医療的に手のかかるこれらの患者を積極的に受け入れるようになった(と思われる)。その結果(図3)に示すように、医療的に手のかかる患者さんは医療療養病棟に集まり、介護保険施設は介護の手のかかる人の生活の場が変わった。

上記の理論通りに医療療養病棟が変わったかを調べるために、筆者らは医療療養病棟をゆする34病院において2006年7月時点と2007年1月時点の医療区分2・3比率を調査した。(図15)のX軸は2006年の医療区分2.3の比率、Y軸は2007年1月の医療区分2.3の比率を示す。各月の医療区分の比率及び比率差をもとにクラスター分析を行ったところ、大きくは下図のような3群に分類することができた。

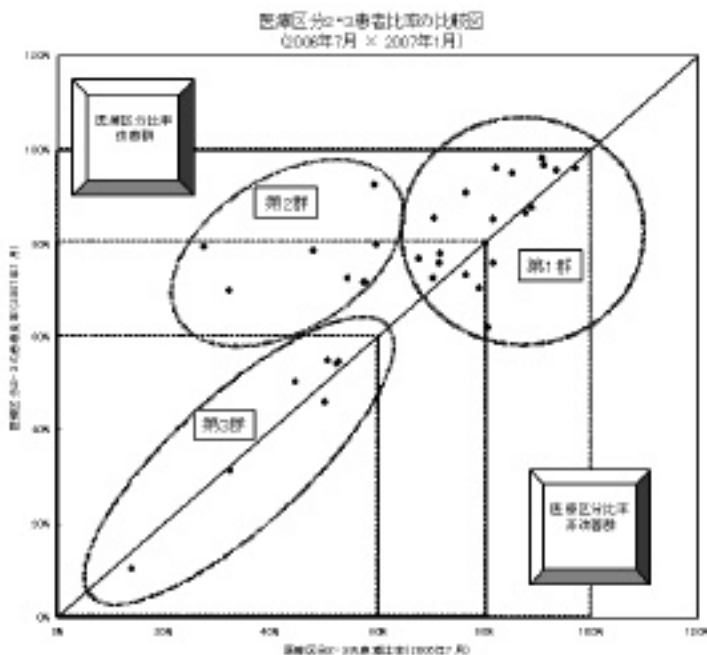
第1群は、2006年7月時点の時点で医療区分2・3比率が概ね70%以上を占めていたグループであり、2007年1月時点との比率差もそれほど大きくはない。一方、第2群と第3群は2006年7月時点の医療区分2・3比率が60%以下のグループであるが、2群は2007年1月までに医療区分2・3比率が大幅に増加した群、3群は比率がほとんど変わらない群となっている。1群と2群に属する病院は、患者の入れ替えなどを行い、今回の改革に適應できた病院と言える。この調査は、多くの医療療養病棟が医療区分に適應していることを示している。

このように2006年7月に行われた医療区分の導入は、医療

療養病床の機能分化を推し進めた。医療区分導入後、筆者はいくつかの医療療養病棟を訪れたが、以前よりも病院らしくなったと感じさせる病棟が増えた。医療界全体から見れば、医療療養病棟の位置付けが以前よりも明確になり、医療資源の適正利用の視点から見れば今回の医療療養改革は、おおむね成功であったと筆者は判断している。また2007年11月に行われた慢性期の調査検討委員会でも医療区分は適切であるという判断が下され、導入当初は批判が多かった制度であるが、最近は以前よりも制度の評価も高くなってきたようである。

療養病床再編と08年診療報酬・介護報酬改定の展望

この文章を書き終えようとしている1月5日の朝日新聞の1面に「療養病床20万床存続へ 厚労省、削減計画を緩和」という記事が掲載された。昨年も主要紙が何度か明らかに誤りであった予測記事を1面で掲載しているの、今回の記事を鵜呑みにするわけにはいかない。しかしこの記事は、療養病床に係る病院団体、政治家、厚生労働省などの水面下での折衝の雰囲気や反映したものであることは間違いないだろう。昨年後半、全国各地



(図15)

の療養病床を有する病院の複数の経営者から「県が、介護療養病床から医療療養への転換に、意外に寛容である」というニュアンスの意見を筆者は何度も聴いている。一方、国の担当者からは、医療費適正化計画を実現するためにも「(回復期リハビリ病棟の分は上乘せする可能性はあるが)、基本的に15万床を目指す」というかなり強い意志をもった意見を聴いている。15万床も20万床も(法律で確定された数字ではない)努力目標値なので、最終的な医療療養病床の目標値を、15万床も20万床の間のどこに落ち着かせるかという議論が現在進行しているのであろう。

現在、医療療養と介護療養を合わせて37万床程度の病床があるが、まだ多くの病床が将来の方向性を決めかねている。現場は基本的に保守的であり、多くの病院は、できるならば療養病床で残りたいというのが本音であろう。また経営者の多くが、自分の施設は病院で居続けたいという思いも強いので、介護療養病床を医療療養病床に、あるいは回復期や一般病床に転換する動きが今後活発化する可能性は高い。筆者の知る療養病床の経営者たちの意見から予測すると、国が掲げる15万床への削減は、医療療養の点数を大幅に下げ、転換型老健の点数をかなり手厚く設定し、療養型病床の転換型老健への転換をかなり強引に強制するような点数設定しても達成できるかどうか怪しい、とてつもなく高い(実現が難しい)目標であるように思われる。

厚生労働省は各都道府県に対し、2012年度末時点で存続させる療養病床数の目標の提出を求めている。このとき、努力目標が20万床ならば一部の「多くの療養病床存続を認める方針」の都道府県のみが、療養病床数の目標数の修正を求められることになるだろう。一方15万床が努力目標ならば、多くの県の見通しの修正が求められるようになるだろう。もし後者のように事態が進めば、先に筆者に「県が、介護療養病床から医療療養への転換に、意外に寛容である」と語ってくれた経営者の多くが、都道府県の裏切りと感じられるような通知(一転して、転換不許可)が届けられることになるだろう。筆者は現在の国の療養病床に対する基本方針の方向性は、おおむね正しいと思ってい

る。ただし15万床という努力目標値は厳しすぎるように感じている。20万床を努力目標とし、少し厳しめの医療療養病床の点数改定と、多少甘めの転換型老健の点数を設定すれば、現場は自発的に選択を行い、目標値に近いところで収まるような気がする。

最後に筆者の療養病床再編と08年診療報酬・介護報酬改定の展望を述べる。まず医療区分は、制度の精緻化を目指した一部の項目(例:酸素療法を行っている症例 医療区分3 2など)の見直しはあるが、大きな変動はないだろう。

介護報酬改定に関しては、介護保険の改定を1年前倒しする形で4月までには(おそらく)転換型老健(仮称)の点数が決まるだろう。この点数がどの程度に設定されるかにより、介護療養病床がどの程度転換型老健に移るかが大きく左右される。国は療養病床から転換型老健への転換を進めようとしていることから考えると、「転換型老健の利益率>介護療養病棟・医療療養病棟の利益率」となるような、言い換えるならば、転換型老健への転換に向けた利益誘導が感じられるような点数設定になるだろう。

医療療養病床に関する診療報酬は、昨年7月に発表された2007年度の医療経済実態調査の結果が大きな影響を受けるだろう。医療区分が導入された後でも「療養病床を有する病棟」の利益率が4.8%であり、予想よりも高い結果が出た。転換型老健の利益率をこの率より高く設定するのは、現在の財政状況では難しいように思われる。よって「転換型老健の利益率>医療療養病棟の利益率」を実現するため、医療療養病床の点数は転換型老健とのバランスをとる上で、国は3%以上上げてくるのではないかと筆者は予想している。

“全体のバランス”、“財源”、“将来からの逆算”という診療報酬を作成する側からの視点で今後の療養病床の行く末を予測するならば、療養病床を有する施設が、「医療区分2,3の患者を長期間にわたり治療する施設」に特化するか、転換型老健やケア付き住宅など「地域密着型の施設」に変わるのか、あるいはその中間の形態を目指すのかという選択を迫られることは間違いないだろう。

後期高齢者医療制度

(全体像)

- ・75歳以上の医療に独自の報酬体系を整備。
- ・外来患者を診る主治医の報酬は初診料を引き上げる一方、再診料を下げる。高齢者の場合、初診時には過去の受診歴などを詳しく聞く必要がある半面、2回目以降は経過観察が中心になるため。
- ・年間診療計画を策定し、患者の心身面を総合的に診療することなどを包括的に評価する制度(高齢者担当医)もつくる。(図16)

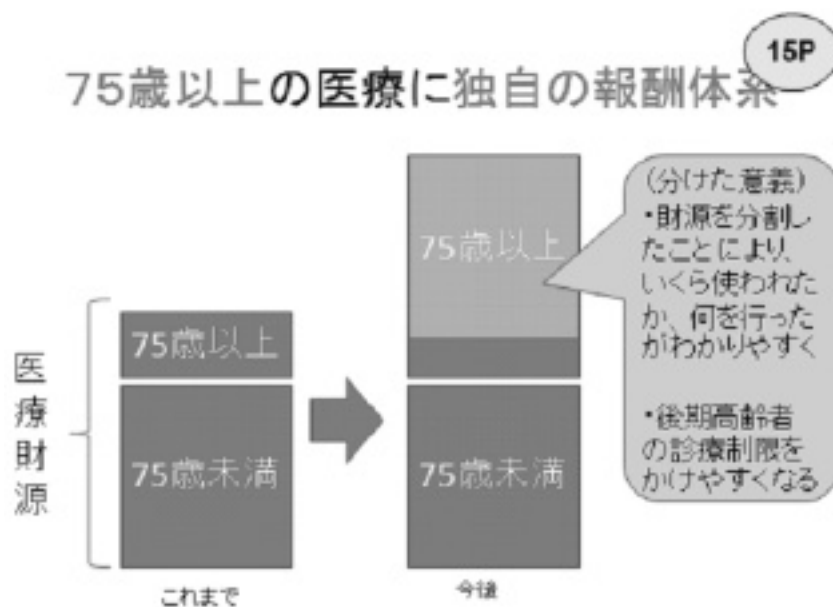
(自己負担)

- ・負担増は、06年6月に成立した医療制度改革関連法で決定された。(1)70-74歳の医療費の窓口負担割合を2割(現行1割)に引き上げ(2)

75歳以上の一部から新たに医療保険料を徴収が柱。

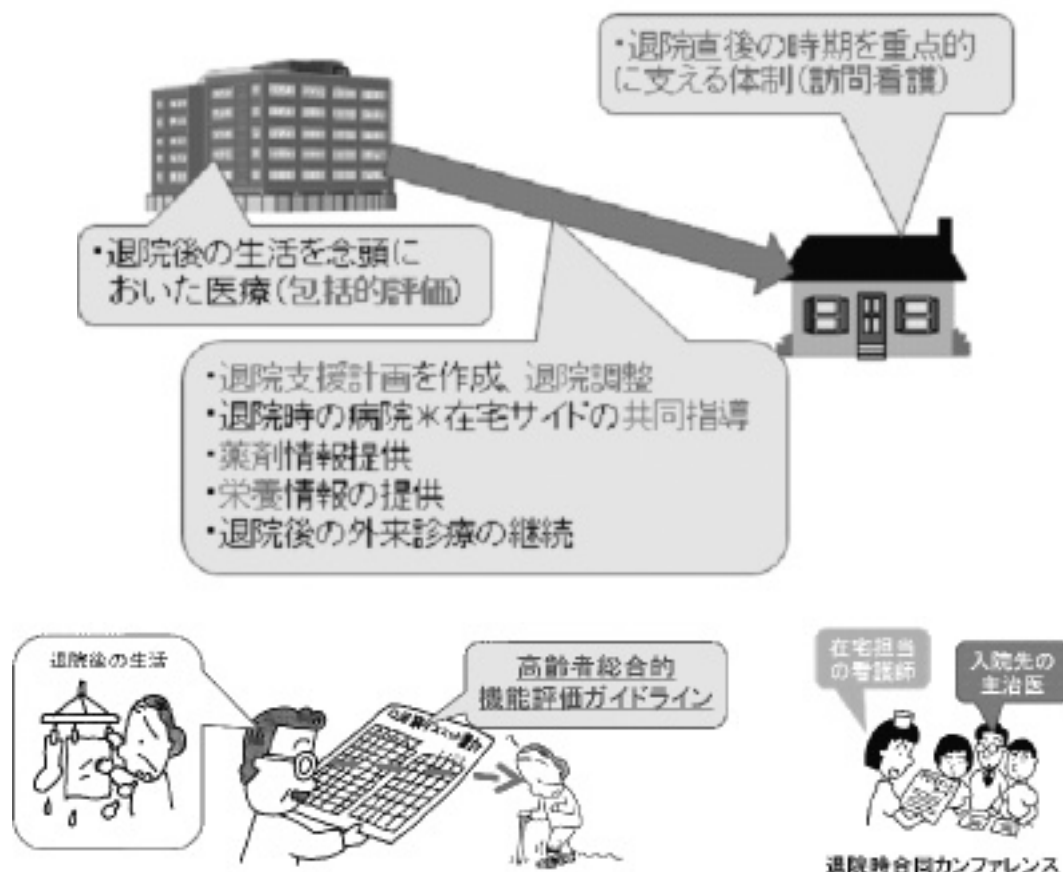
(地域により保険料の差)

- ・新制度は、都道府県内の全市町村が参加する広域連合が運営主体となり、国民健康保険などに加入している75歳以上の約1300万人が加入、一人一人が保険料を負担する。
- ・福岡、長野以外の保険料は、高い順に高知の8万1500円、香川8万1300円、沖縄8万1000円。低い方は、岩手6万400円、静岡6万1600円の順。
- ・これとは別に、1人当たり保険料の年額は、算定中の岐阜を除くと、最も高い神奈川が9万2750円で、最も低い青森の4万6374円の2倍。保険料は医療費のほか所得に応じて決められるため、県民所得の高いところほど高くなる傾向があった。



(図16)

入院(在宅復帰の強化)



在宅(職種間連携と訪問看護↑)



また方針案では、75歳以上が対象の後期高齢者医療制度が4月に始まるのを控え、75歳以上の患者について、主な慢性疾患に関する主治医の立場にあり、診療計画を作成するなどの研修を受け、全身的な病状管理を受け持つ医師を「高齢者担当医（仮称）」と新たに規定。担当医は原則的に診療所の開業医で、周囲に診療所がない場合は病院勤務医も認める。

外来：高齢者担当医



高齢者担当医は、患者の過去の病歴や服薬歴、福祉・介護サービスの利用状況などを初診時に詳しく把握する必要があるとして、75歳以上の患者については初診料（現行2700円）を引き上げる。一方で、再診時は継続的な指導・管理が診療の中心になることから、再診料は74歳以下の患者とは別建てで引き下げる。これにより、初・再診料は75歳を境に異なる料金体系となる。高齢者担当医による検査や画像診断、簡単な処置に対しては、包括して一定の報酬しか支払わない「定額制」を導入し、医療費膨張を防ぐ。

初診料を引き上げ、再診料を下げる。
医学管理料の新設。検査等定額制へ。

15P



終末期医療 看取り前の評価(↑)



(在宅医療)

約8600診療所が届け出 24時間往診の在宅医療
共同通信社【2006年6月8日】

- ・在宅患者の求めに応じて24時間体制で往診や訪問看護をする在宅療養支援診療所への届け出が5月1日時点で8595診療所に上っていることが7日、厚生労働省の調査で分かった。同省は、最終的には一般の診療所の1万カ所が移行する

とみており、順調に届け出が進んでいるとしている。

- ・在宅療養支援診療所は、今国会で審議中の医療制度改革関連法案で、長期入院患者の退院後の受け皿となる在宅での医療を推進、普及させるため、2006年度の診療報酬改定で新設された。診療報酬は一般の診療所より高く設定され、在宅で患者をみとった場合は一般の1万2000円に対し、10万円が支払われる。

利用者から見た 在宅療養支援診療所のイメージ



2008年改訂：在宅療養支援病院の新設

第1 基本的考え方

診療所のない地域においては、在宅医療の主たる担い手が病院となっている現状に着目し、そのような病院が行う在宅医療について在宅療養支援診療所と同様の評価を行う。

第2 具体的な内容

次のような要件を満たす病院を在宅療養支援病院とし、在宅療養支援診療所と同じように在宅時医学総合管理料¹及び在宅末期医療総合診療料の算定を認める。(図17)

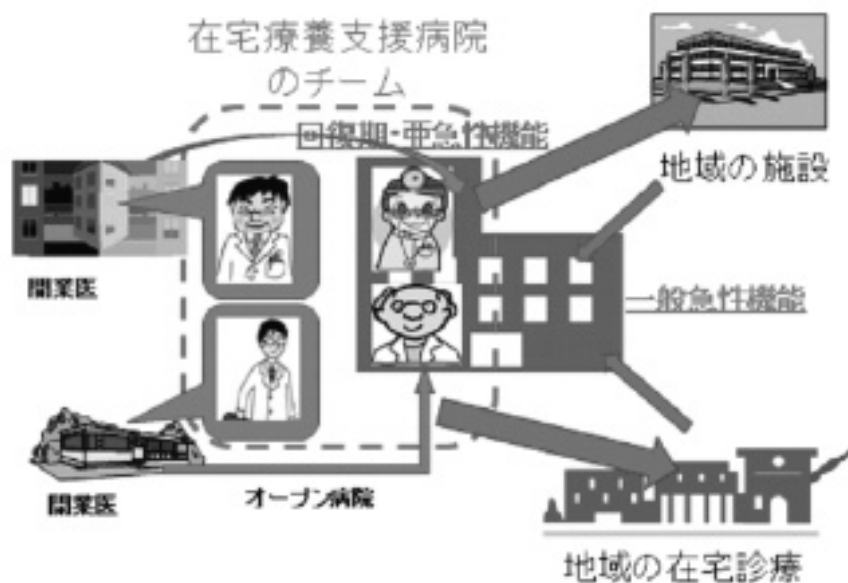
[在宅療養支援病院の要件]

- 1 当該病院を中心とした半径4キロメートル以内に診療所が存在しないこと
- 2 往診を担当する医師は当該保険医療機関の当直体制を担う医師とは別のものであること
- 3 24時間連絡を受ける担当者をあらかじめ指定し、その連絡先を文書で患家に提供していること

以下、在宅療養支援診療所と同様の要件

地域一般病棟（病院の将来像）

- ・在宅療養支援病院の4kmの制限がなくなる
- ・地域の開業医の先生たちとチームを組み、オープンベッドを開業医に提供する
- ・地域の開業医の先生と、在宅療養支援診療所チームを形成し、地域や施設の在宅医療の提供や看取りを担当する。



(図17)