

〈平成18年7月・東京都〉

診療報酬改定から考察する 病院の将来像

中央社会保険医療協議会委員
日本病院会 常任理事

石井 暎禧

司会(小川) 石井先生から「診療報酬改定から考察する病院の将来像」ということでお話をいただきしたいと思います。石井先生のご略歴を申し上げますと、石井先生は東京大学医学部を卒業されて、現在、医療法人財団石心会の理事長をしております。日本病院会の常任理事でございまして、また皆さんよくご存じのように、中医協の診療側の委員です。今回の診療報酬改定の病院の点数を決めるにあたって張本人と言ったら言いすぎでしょうか、中心にいた方で、皆さんいろいろ関心を持っておられると思います。また後ほど質問も受けていただきますので、よろしくお願いします。それでは石井先生よろしくお願いします。

石井 皆さんこんにちは。ご紹介にあずかりました石井です。診療報酬改定が終わり、診療報酬改定について話せという依頼があちこちから来ております。お話する内容は少しずつポイントが違うのですが、忙しいので、同じパワーポイントを使い回ししながら、お話をアレンジして進めていきます。

皆さんは病院の経営管理者という立場でおいでですから、医事課的な話は多少出てくるとは思いますが、あまり触れません。今回の点数でここが変わって、どうしたら有利かなどという具体的な話に関しては、皆さんのほうが詳しいし、むしろ



講演中の石井暎禧氏

医事課の仕事だと思っています。したがって、大きく日本の医療制度が変わっていくなかで今回の改定がどういう位置を占めており、それが今後の日本の医療制度、日本の病院経営にどう影響するかという観点で、今回の診療報酬改定を分析してみたいと思います。

(スライド1) タイトルのスライドで、『日経ヘルスケア』が診療報酬改定の特集を組んだときの冒頭の文章を引用しておきましたが、今回の改定は、個別点数の上げ下げだけでなく、点数の再編がさまざま行われたことが特徴です。しかも今回は、改定率を決めるのは中医協ではない、政府が決めるのだ、中医協は配分だけ考えろ（もともと中医協はそういう性格なのですが）ということが非常に露骨に政府から打ち出されました。今回、中医協は改定率を議論しても方針は出せないという話でした。そうしますと必然的に、配分問題が重点になってきたのが今回の審議過程です。

司会：日本病院会 人材育成委員会委員長
特定医療法人きつこう会 多根総合病院 理事長

小川 嘉誉

今次診療報酬改定の置かれた状況

(スライド2) 今次改定の置かれた状況は、大きく言って3つの点から考えてみる必要があると思います。

●医療制度改革の一環

この春、医療制度改革関連諸法案が成立しましたが、診療報酬改定も医療制度改革の一環です。医療制度改革が行われた理由は、さまざまな条件の変化で揺らいでいる日本の医療保険制度の持続的安定を確保することです。この医療制度改革の中軸は財政問題ですから、当然いわゆる医療費の適正化の課題が含まれます。少子高齢化が進むにつれて、日本の医療費は上がる、それを現在の日本経済がどう支えるかという議論に対し、とにかく抑えろという非常に単純な政府の方針がありますので、それを診療報酬の問題として厚労省は対処しなくてはならない。

●介護報酬との同時改定

もう1つ、歴史的な流れで見ますと、今回の改定は介護保険の報酬との同時改定であることも注目しておかなければならない点だと思います。ご承知のように、診療報酬の改定は2年おきになされております。そして介護報酬の改定は3年おきになされます。それで介護保険ができてからちょうど6年目ですから、初めての同時改定ということになります。

そもそも介護保険は、日本で介護を全部医療保険がかかえ込んでやってきたことが限界に達して、別立ての社会保険となったことから始まりました。ですから本格的な改定は、当然、同時改定でなければできないわけです。今回の診療報酬の改定が、介護保険と同時改定であるため大きな改定が行われました。それについて、「青天の霹靂だ」「2階に上げておいてはしごをはずされた」とか、いろいろな不満が噴き出しました。基本的な部分の改定が行われたのですから当然です。例えば介護保険のほうでは、去年の暮れに、介護の療養病床の6年後の廃止が決まりました。突然といわれるが、この回を逃すと6年後しかないわけです。ですか

今次診療報酬改定と病院経営

特定医療法人財団石心会 石井暎禧

過去、これほどまでに大胆な点数再編が行われたことがあっただろうか。厚労省は、思い切った点数格差を通じて、医療政策に関する自らの考えをストレートに表現。結果、大きな恩恵を受けた分野がある一方で、政策の流れに沿わない医療機関は、深刻なダメージを被ることになった。

日経ヘルスケア21

スライド1

今次診療報酬改定の置かれた状況

- 医療制度改革の一環
 - － 制度の持続的安定を目的とする
 - － 診療報酬の適正化（抑制）
- 介護報酬との同時改定
 - － 医療と介護の分離・役割分担
- 中医協改革
 - － 病院代表の参加
 - － 中医協の役割の明確化（制限）

スライド2

ら6年後の廃止は今言わなければならないし、今回言わないとすると、6年後に廃止を決めて12年後に廃止ということになりますので、当然この問題で大きな変化があることは、介護保険の設立当初から予想できていたことです。問題が大きいため、議論がなかなかまとまらず、ぎりぎりになってやっと決まったといえます。診療報酬改定も、相当直前まで折衝があり、いろいろな問題について積み残しのまま、ほとんど最後の1カ月半くらいで、エイ、ヤーッと決めなければならないという状況で進みました。

介護保険との同時改定でなければ、医療と介護の分離、役割分担をはっきりさせるという基本命題は解決の道が見えなかったのです。

● 中医協への病院代表参加

この過程で、いわゆる中医協改革が提案されました。いろいろなことをいわれるのですが、結局は病院代表の参加、この1点です。公益側委員の数を増やせとか、中医協の役割はここまでに限定しておけとかいろいろいわれていますが、それらはある意味で名目にすぎないのです。基本は病院代表の参加というこの1点です。法律の改正による施行はこれからですが、病院代表が委員になったのですから、実質的には改革がすでに行われたと言えます。

今までの中医協の委員の構成は確かにおかしいのです。どうおかしいかというと、片方にはお金を出す側がいる、これはいいのです。こちらには受け取る側がいなければいけないのですが、受け取る側がない——医師、薬剤師など職能代表しかない——のです。個々の医師に診療報酬が払われているわけではなく、診療所に払われているのであり病院に払われているのです。ですからこちらには病院とか診療所の代表が出なければいけないのに、今までは医師の代表、歯科医師の代表、薬剤師の代表がこちら側にいる。

とにかく病院代表がいらないから病院医療の話ができない。診療報酬の問題点が分からない。当たり前です。診療報酬の60%は病院が使っているわけですから。病院の代表がいなくて決めていたのは変な話です。そこで病院代表を出せというのは当然ですが、長い間これがなぜ達成されなかったかと考えると、厚労省も、医師会に一本化していたほうが楽だったからです。右肩上がりの経済状況では「何%上げろ」、「いやだめだ、ここまでだ」と言って上げ幅が決まれば、そこでおしまい。あとは医師会内部に配分を任せておけばいい（配分はあまりいじらない）、上がるのだから大きな問題はないという話です。ところが現在それではやれなくなったということです。

今回の改定を見ると、病院代表が出ないと改定がそもそも成立しないような改定です。どういうことかといいますと、医療費の60%が病院で使わ

れているのでその改定が重要です。それから今回の改定を見ますと、下げることは決まっている。あとは内部配分です。しかも高齢化が進んで、病院にかかるような重い病気の人が増え、しかも医療費増の多くの部分は医療技術の進歩であるといわれています。病院医療費をどのようにするかが、医療費適正化の鍵を握ります。今までの配分をいじらず、一律の削減ではまともな医療はもうできなくなってきています。

昨年からさまざまなかたちで医療崩壊という言葉が語られました。医師不足の問題、救急医療の崩壊、小児医療の崩壊、産科医療の崩壊ということが続々と表に出てくる。これは、長い間の医療資源の配分が現実にはそぐわなくなり、そこに人が集まらなくなっていったことが原因です。原因は単純ではなく複合的なものです。地域の病院から医者がやめていく。ある人の本によると、「立ち去り型の医療崩壊」といわれています。医者が病院からいなくなるというかたちで日本の医療が崩壊しつつあるという認識は、今回相当広範に起こってきています。我々も中医協のなかでそういった認識を1号側や公益側の人にも共有していただくようにいろいろ発言をしてきました。病院代表を出すことによって「初めて、入院医療について議論ができた」という1号側委員の発言でも明らかのように、重点配分が課題であった中医協は内容の議論ができることによって機能を果たせたのです。病院代表が出ないと改定は無理だという判断が厚労省にもあったと思われます。はっきり言って、これまでは、厚労省にとって病院代表は邪魔だったのです。日本医師会との窓口一本化が便利ですから。日本病院会を含め病院団体は、それまでは厚労省保険局はまともに相手をしてくれなかったのです。去年まではそういう状況です。病院における医療危機という切羽詰まったところで、中医協改革、病院代表の参加がやっと始まったのです。

医療制度改革

（スライド3）この医療制度改革を、法的、制度

的に見ますと、今の話にはほぼ対応して、3つの改革が行われました。

●高齢者医療制度の創設

1つは医療保険制度で、高齢者医療制度の創設。国保財政の赤字は、高齢者問題です。少子高齢化時代の高齢者医療は保険制度では存続しません。租税をつぎ込まなければ成立しないということが認識されるようになった。これを一般の健康保険から切り離してつくろうということになった。これは地方財政の破綻と、国民健康保険財政の破綻をバックにして行われました。ここで案外言われていないのですが、高齢者医療制度を創設しますと、老人保健制度がなくなるわけです。切り替わったといってもいいのですが、実は切り替わったのとは大きく違い、“保健”から“医療”に変わっているのです。老人保健制度はもともと、医療と介護の両方を含んだ老人の医療・介護制度としてできたわけです。老健施設もそういうなかでできてきています。介護保険ができた時に、そのなかから介護が分離していったのですから、実はあの段階で老人保健制度は半ば歴史的使命を終わっていたといってもいいのです。今回、高齢者医療制度ができることによって、最終的使命が終わりました。制度上大きな転換が起こっています。

制度改革としては、医療法の改正も行われています。重要点は2つあります。「医療法人制度」の改革と「地域医療計画」の見直しです。

●医療法人制度の改革

1つは、日本の医療を、だれがどう担っていくかというこの間の論争に関わります。株式会社参入論です。株式会社を参入させ、医療を市場経済に全面的に任せ、営利企業に日本の病院経営を任せていくのがよいか、それが効率的かという本質的な議論があり、厚労省もそれについてはノーと言ってきたわけです。

そうしますと、医療法人はもともと中間法人といわれていたように、営利法人と非営利法人の中間的な法人です。一部は実質的に営利法人です。

営利法人の定義は今回の公益法人改革でも非常にはっきりしました。今までのように営利を目的

医療制度改革

- ・医療保険制度 高齢者医療制度の創設
(老人保健制度の廃止)
- ・医療法改正 医療法人制度
地域医療計画
- ・診療報酬の全面改定

スライド3

にするかどうかは問題にしています。精神の問題ではないのです。営利法人かどうかは、利益を分配するかどうか（解散時を含め）という、この1点です。利益の分配をするのは全部営利法人です。ところがその辺があいまいだったためにここを突かれて、「医療法人は株式会社と同じではないか、どうして株式会社ではいけないのだ」と責められてきたわけです。これに対して厚労省は、「医療は非営利だから、基本的に非営利法人が担うものである」と医療法の非営利規定を明確にしました。医療法改正により、新設の医療法人では今までの出資金（資本）はなくなり、単なる拠出金によって成立します。「拠出した分は戻してあげるがそれ以上は戻さない、利益配分はノー」とはっきりさせたのがこの医療法人改革です。

同時に、非営利法人だとしますと、今までの公益法人との関係はどうなのかが問題になります。国がいろいろな公的な病院等についても民営化とか独立法人化をしていくというなかで、日本の医療を担う組織がどういう法人であるべきか。そして、そこにおける税法や、いろいろな補助金の問題をどういう基準で整理をしていくかという問題でもあるわけです。他方、医療法人制度のなかで、今度は社会医療法人という、公益法人と同じような、例えば社会福祉法人と同じような公益性の高い法人制度をつくることも課題となりました。公益法人改革における非営利法人と公益法人との違いを、医療においても同じように考える大きな流

れがあります。

ですから今度の医療法改正は、一方では株式会社参入に対する歯止めであり、一方では公的病院機能の受け皿の問題という2つの課題が含まれているわけです。

●地域医療計画の見直し

医療法改正のもう1つの柱は、地域医療計画です。地域医療計画は、今まで病床規制が軸でしたが、病床規制は背後に退き、今回の地域医療計画は地域における適正な医療の配置を主要課題にしている。これまで地域医療計画は名前だけで、病床規制は必須の記載事項ですが、どういう医療を地域に配置しなければいけないかは任意記載事項にすぎなかったのです。

単純な改正のように見えますが、地域医療計画の根本的な考え方が、病床規制から地域的な医療配置へと変わったのです。今度の医療保険改革はこれからの高齢化社会のなかでどういう医療供給体制をとっていくべきかが問われる大きな改革が進んでいるのだと思います。

●大きな流れのなかでの診療報酬の全面改定

診療報酬改定でも、それに見合ったかたちの診療報酬体系とは何かという課題が基本にありました。厚労省は一昨年からそのための準備を始めて

いたということです。厚労省が日病に来て講義をした時に、初めて準備過程の話を聞いたのですが、2年前から全面改定を彼らは考え検討していた。その上で1年前に病院団体に対して今回は全面改定をするので、皆さん方の意見を出してくださいと呼びかけがなされました。

それだったら病院団体がまとまって出さなければいけない、要求を一本化しないと我々の要求は通せないということで、日病協をつくり、要望の一本化ということになりました。最初単純に各団体の要望を集めてみました。集めたら916項目だったか、とにかくそういう数になりました。900項目以上の厚いものをこれが我々の要求ですといっても通るわけがないので、共通項目に絞り込んで基本的な命題、今の診療報酬体系のどこに基本的な矛盾があるかを軸に整理して、我々は要求をまとめていったわけです。

今回の我々病院団体の要求は、非常に基本的な要求で、個別点数についての要求よりも今の診療報酬体系の非常に矛盾している点や、考え方としておかしい点を突いていくということが主眼になりました。

(スライド4) それで実際上の改定が進んでいくと、今度はマイナス改定ですから、“重点配分”する以外には手がない。また重点配分が中医協の任務である、それがすでに決まっていた今回の改定の基本です。ですから個別の点数についてこまかく見ていっても、これは今までの矛盾を少し整理するとか、いろいろな要素がありますので、かえって問題ははっきりしないと思うのです。

(スライド5) 結果としては、重点改定はこの2点にほぼ絞り込まれていると言ってもいいと思います。今日このあとの講義もDPCの問題と療養病床の再編問題、この2点について各々の講師もおやりになるように、ほぼこの2点なのです。今回の各項目の点数改定は、この2つの点がどういうことを意味しているのかを見て、逆に個別の出来高払い制の各項目の意味を見ていかないと、その意味が分からなくなってしまう。この2点だということをまず頭に入れておいていただきたい

改定の骨格

マイナス改定と重点配分

- ・ 前提としてのマイナス改定
- ・ 内部配分の変更が必然的となる

スライド4

重点改定内容

- ・ 急性期入院医療 DPCの拡大
- ・ 療養病院の再編 介護と医療の分離

スライド5

いと思います。

急性期入院医療—DPCの拡大

(スライド6) まず急性期入院医療について今回の改定でエポックメイキングなことは、DPCの正式採用です。途中までは、拡大は是か非か、という討論がありました。日本医師会の一部の方は拡大に反対というスタンスをとられたし、我々病院団体は、急性期のDPCはいくつか非常に意味のある体系なので、むしろDPCを拡大しながらそれを改善していくという方向をとるべきだというスタンスで臨みました。

今回重要なのは、DPCのただ単純な拡大ではなくて正式な導入だという点ですので、皆さんこれははっきりと理解していただきたいと思います。これまではあくまで試行的適用です。または特定機能病院に対するものでした。ところが今回、改定が終わると厚労省がはっきり言うようになったのですが、DPC病院とは急性期病院を目指す病院であると定義されました。厚労省としてははっきり決まった方向であり、それが正式導入なのです。ですからこれは、もう簡単にひっくり返りません。このまま進んでいくとみておかないといけない。

これを前提に各点数を見ますと、実は今までの出来高払い制の考え方からの脱却が始まっています。これまでは、医者なり病院なりが何かしたらそれに点を付けますということだったのですが、DPCは逆です。患者さんの病態に応じて医療はこうなる。そして病気・病態に応じて値段が付いている。全然違う。これが転換です。丸めかどうかというのははっきり言うと二の次の問題なのです。そこを皆さん間違えるといけないのです。確かに今回もまだ、DPCは件数払いではありません。広い意味ではまだ出来高払いです。出来高のいろいろなしっぽを持っていますし、出来高との連動性をまだ持っています。報酬上はほとんど出来高と同じで、あまり変わらないのです。皆さん試算してごらんください。病院係数1にして試算し

急性期入院医療

- 施DPCの正式（試行ではない）導入
DPC病院とは急性期病院
これまでは「特定機能病院」・試行的適用病院への試行
- 施設基準等での誘導から患者の選択・診療評価（DPCと共通する評価機軸）
急性期加算（紹介率）等の廃止 → 救急医療管理料
リハビリテーションの再編
手術実績の公示
DPC病院の入院日数・疾患構成など公示

スライド6

たら、おそらく平均的にはピッタリになるはずです。上がりも下がりもしません。

出来高の今の制度からの移行も簡単にできるし、そういう意味では過渡的な問題として、今の出来高と非常に近い内容です。考え方だけががらっと変わっている点を見ておく必要があります。

すなわち患者のほうから見ていくと改定が理解しやすいのです。今回の改定のあらゆるところで、あとで見ますが、患者の視点とか患者の選択という言葉がやたらと出てきます。診療報酬体系の考え方が、医療者が何をやったかではなくて、そこにどういう病気があることに対してどう払うかということへの転換が始まったのです。

いろいろな点数の付け方が、施設基準からやることへの基準に少しずつ変わっています。いきなりポンとではありませんが変わってきています。例えば今回の急性期加算等の廃止、いわゆる紹介率による加算が廃止になって、その代わり救急医療管理料加算というかたちで付きました。すなわち実績です。これまでは急性期をやっていたから急性期加算が付いているわけではないです。急性期の人であろうと何であろうと、救急で入ろうと入るまいと、重い人でも軽い人でも、紹介の患者でもそうでなくても急性期加算は付くわけです。これは患者さんから見ると納得できないわけです。紹介率で高い点数だと言われたらなるほどと思う

かもしれないが、「じゃあ、私は紹介で来たのではないんだから支払いは安くてもいいのですね」と言われたら我々は答えようがない。確かに変な加算でしたので、これがなくなるというのは論理的には当然なのです。その代わり実際に救急で来た人については付けますよと、これまた分かるわけです。

リハビリテーションに関しても、どういうリハビリをやったからというのではなく、今度の改定では疾患別にいろいろな条件が違ってきた。いきなりこの疾患だからいくらとなつてはいませんが、疾患別に評価される。それから手術実績の公示については散々やり合ったところですが、こういったことも、むしろ患者さんから見ると分かる。なるほど自分の病気がこうなんだからいくらだとか、患者さんの目から見れば納得できる方向で評価基軸を変えていく大きな流れが全部にあります。そういう目でほかのこまかい点数を見ていただければ、評価基軸の転換が行われつつあることがよく分かると思います。

療養病床の再編

(スライド7) 療養病床の再編ですが、これはむしろ介護保険の創設時の意図の明確化と言ったほうがいいでしょう。ある意味では6年前から想定されていました。まず介護保険ができる時に、療養病床を介護保険に組み込むかどうかは大きな論争がありました。実質的に介護施設であるとい

う認定で介護保険のほうに組み込んでいったことは確かなのです。療養病床が実質的にも病院であるなら、介護保険に入るはずがないのです。介護保険創設直前ドドーッと一般病床から療養病床への転換が起こり始めました。これは介護保険にとっては困ることになります。「所得の1%程度で介護保険ができます。それ以上お金はかかりませんよ。だから介護保険をつくりましょう」と言って議員さんたちを説得しているときに、介護保険の療養病床がこれだけであれば想定した介護保険の財政はパンクしてしまう、保険料が国民に説明していたより高くなります。それでは介護保険が出発すると同時に療養病床のために潰れてしまうという危機感を厚生省は持ったのです。それで厚生省は慌てて、各県に出向している人たちを全部使って、療養病床の転換を必死になって抑えにかかりました。ところがこれは抑えられなくなったので、介護保険ができる半年くらい前、突然、医療保険に残る療養病床と介護保険に行く療養病床と両方あっていいという方針転換がなされました。今回も急に廃止が決まったのだけれど、あの時も医療と介護の両方に療養病床が要するというのが急に決まったのです。あの時も全く議論もなされずいきなり決まりました。今回指摘された矛盾を最初からはらんだまま介護保険のなかに療養病床が存在していたのです。

6年後の介護療養病床の廃止というのは、中医協マターではありません。老健局の論理からいうと、介護施設であるのだったら病院と名乗るのをやめてもらいましょうという話ですから、それはそれなりの論理があります。

今度の診療報酬改定は、実は療養病床の廃止・再編を直接的には言っているわけではありません。医療療養病床は医療用の病床であるから、医療度によって点数を付けましょう。これまでの療養病床の診療報酬は、介護力だけを評価した、一律の点数です。医療内容は問題にしていけないのです。今回の改定で、どういう医療が必要かを患者さんの分類によって決める、と変わったのです。医療度とADLのケースミックス分類により報酬を決

療養病院の再編

- ・ 介護保険創設の意図の明確化
(医療と介護の分離)
 - 老人保健法の廃止 (高齢者医療制度の創設)
(医療と介護の未分化の時代の産物)
 - 介護療養病床の廃止 (介護施設へ転換)
 - 医療療養病床は介護ではなく医療用病床
(医療度による点数)

スライド7

めるという考え方です。何年も前から療養病床や介護施設等で検討されてきて、RUGⅢの日本版をつくるという話になっていたものが突然、改変簡略化され登場したのです。

こうなってみますと実は考え方は、DPCも今回の療養病床の医療度とADLの分類も、基本は同じなのです。この2つは違うように見えて、考え方としては両方ともいわゆるケースミックスによる分類に応じて診療報酬を、それを1日当たりで決めるということで、基本構造は同一であると見ることができます。実は1年くらい前から池上先生がちゃんと言っているのです。

「日本の診療報酬制度はコストに対応する報酬体系にするためには、急性期と急性期以外の2つに大分類して、各々ケースミックス分類による包括的な点数にすることが望ましい。これは基本的には日本だけではなくて、世界的にこういう方向でいっている。日本だけが違っているのだけれど、基本的にはこういう方向でいかないと、コストに見合った診療報酬を付けようがない」。

このように池上先生は著書のなかで述べていました。今回の療養病床についてはまさに池上先生が軸になってこの点数の基本構造をつくられましたから、そのとおりのことが実現されています。この辺の議論は療養病床の方はすでにご存じだと思いますが、一般病院の方は、初耳でびっくりされたのだと思います。

平成18年度診療報酬改定について

以上、私流に診療報酬改定を整理してみました。他方厚労省は診療報酬改定についてその後説明会を開いています。その説明を我々流に理解するとどうなるかを、そこで使われた同じスライドを使ってやってみます。

●改定に至る経緯

「改定に至る経緯」がまず出てきます(スライド8)。これの重要な点は下側です。「予算……とすることが決定」。いきなり決定で、だれが決定するか書いていないのです。中医協の決定ではない。社会保障審議会でもない。政府が決定ということ

改定に至る経緯 1

- 平成17年11月25日
社会保障審議会医療保険部会・医療部会において、「平成18年度診療報酬改定の基本方針」が取りまとめられた。
- 平成18年度予算案の編成過程
診療報酬本体の改定で▲1.36%
薬価等の改定で▲1.8%
合計で▲3.16%の改定とすることが決定。

スライド8

改定に至る経緯 2

- 平成18年1月11日
厚生労働大臣より中央社会保険医療協議会(中医協)に対し、「基本方針」に沿って診療報酬点数の改定案を作成するよう諮問。
- 平成18年1月18日
中医協にて「現時点の骨子」を取りまとめ、同月27日まで国民の意見を募集。
同日、横浜市にて公聴会を開催。

スライド9

改定に至る経緯 3

- 平成18年2月15日
厚生労働大臣に対し、診療報酬点数の改定案について、答申を行った。

スライド10

です。いきなり結論です。「基本方針が取りまとめられた」というのですが、社会保障審議会の医療保険部会や医療部会で確かに議論はされています。しかしどこに対して責任を取るというのではなくて、皆さん評論家として議論しているのです。ですから同じ議論が同時に中医協でも行われたのが事実です。1月に「基本方針に沿って……改定案を作成するよう諮問」(スライド9)、2月に

「答申」です（スライド10）。1カ月しかない。それまでの中医協の議論は何だったのか。それまで何をやっていたのか。社会保障審議会と同じことをやっていたわけですから中医協の力が弱くなったわけでもないし、実際が変わったわけでもない。1月なんて書いてありますが、実際はもう12月頃までに基本方針は大体決まってきた、1月頃にいくつかの点が残っていたのが実態です。そして1月11日に「基本方針に沿って……諮問」して、わずか1週間で1月18日には「現時点の骨子」をもう取りまとめているわけですから、その後は国民の意見の募集ですから、形式上はこの1週間で議論し決まったことになっています。基本方針に沿っての配分がこの1週間で、1回か2回で決まったということですが、すでに実質討議していなければ、こんなことはありえないのです。「骨子」のあとは整理にすぎず、2月15日には答申ができています。

●基本方針

（スライド11）さて、基本方針は4つほどあります。まずは「患者から見て……」。キーワードは「患者」です。次にあるのが「医療機能の分化・連携」で、3番目が「重点的に対応」で、4番目が「効率化余地」。これは厚労省用語です。

1は先ほどから言ってきたように診療報酬の考え方の転換を、患者という言葉を使って図ってい

る。

2番目が医療機能の分化・連携。これは療養病床と介護の最終的な分岐点をはっきりさせたということ。ですから今後は医療療養病床は、内容的に介護ではなく医療として位置づけられてきます。今後の問題としては、地域医療計画が進んでいきますから、各地域のなかで完結する医療機能の分化・連携が求められ、診療所との関係とか、各病院がなにをやるのかの明確化が迫られてくるような改定です、それがはっきりしないと病院の方針が成り立たない。医療機能がある程度特化していかなければならない報酬体系になっていくということです。

3番目の重点的に対応というのは、今回は、社会的問題になって政府の責任になって困るような医療分野に関しては少し考えましょうということで、ささやかな点数を与えているのです。実際に解決になるような大きな点数は今回は付いていません。重点配分といいましても、今回は本格的な重点配分ではないのです。各々の大項目のなかでめりはりを付けただけです。項目をまたがってのめりはりは付いていません。これは彼らもはっきりそう言っています。方向を示しただけといえます。例えば入院料関連は入院料のなかでの配分です。全部そういうかたちでやられていますから、療養病床問題も療養病床のなかでの配分が実は大きいのです。急性期病床と療養病床の間の配分を直接やったのではないのです。

ただし4番の「効率化余地があると思われる領域の評価について検討」とあるのは、医療経営上まだ余裕があるところに関しては点数をうんと下げるぞと。あとのあまりもうかっていないところはそんなに下げるわけにはいかないだろうなというだけのことです。はっきり言って、これは療養病床を狙い打ちの項目です。中医協に対して病院の経営実態調査報告が何年間も出されていて、今回も出されています。そのなかで療養病床が明らかに利益率が高く、収支差額が大きいということが出されていますので、そこを当然下げますよという話になっている。

基本方針

- 1 患者から見て分かりやすく、患者の生活の質（QOL）を高める医療を実現する視点
- 2 質の高い医療を効率的に提供するために医療機能の分化・連携を推進する視点
- 3 我が国の医療のなかで今後重点的に対応していくべきと思われる領域の評価のあり方について検討する視点
- 4 医療費の配分のなかで効率化余地があると思われる領域の評価のあり方について検討する視点

スライド11

このように基本方針というのはきれいで書かれています、1つ1つ点数配分に絡むような内容として出されています。

「患者の視点の重視」の中身

(スライド12) 1の「患者から見て分かりやすく」ということでいろいろありますが、全部が「患者の視点の重視」から来るものとして言われているので、こう言われると「この問題には逆らえない」となります。

「診療報酬体系の簡素化」、確か数十項目だったかが簡素化しているのですが、これは我々が患者さんに説明しにくいくらいに複雑なところについての簡素化だけで大した簡素化ではありません。この程度の簡素化をしたって患者さんから見て分かりやすい点数にはなりっこないのです。だからこれは建て前ですが、この建て前の背景には少なくとも患者さんから理解しやすい報酬体系にしようという方向があると理解しておく必要はあると思います。

「領収証の交付」はある意味、病院にとって当然ですので、日本医師会さんが、これの反対にこだわられたのはむしろマイナスだったのではないかと思います。

いろいろな項目がありますが、中心は「患者の視点の重視」です。

(スライド13) 我々にとって直接問題になることはここです。本当に狙いとしては診療報酬算定の基準の修正です。こういった変化がいろいろなかたちで、相当こまかなかたちで出されています。

(スライド14) 変化があったところを見ていきますと、「供給サイドの理由による加算等の整理」が基本です。この理由は患者が理解不能な加算の整理です。「領収証を発行したときに、患者に説明できないような複雑な点数がある」と日本医師会は発言していました。「だったら簡素化しましょう」となるわけです。こういう話もありました。指導管理料を取ると、「指導していないのに取られるのはけしからん」と患者のクレームがあるから領収証を出すつまずいのだとの主張に対しては、

1 患者から見て分かりやすく、患者の生活の質（QOL）を高める医療を実現する視点

- (1) 診療報酬体系の簡素化
- (2) 医療費の内容の分かる領収証の交付
- (3) 患者の視点の重視
- (4) 生活習慣病等の重症化予防に係る評価
- (5) 手術に係る評価

スライド12

診療報酬算定の基準の修正

- ・ 供給サイドから患者サイドへ
 - － 偏りすぎの是正
- ・ 患者主権・消費者主権
- ・ 治療行為単位から疾病単位へ
- ・ 施設要件から治療実績へ
 - － 質に関わる（患者評価困難）はのぞく

スライド13

どこに変化が見られるか (包括に意味があるわけではない)

- ・ 供給サイドの理由に基づく加算等の整理
 - － 複雑・患者の理解困難な加算
 - － 病院の誘導から患者の誘導へ（紹介率・初診料）
- ・ 治療行為単位から疾病単位へ
 - － 出来高制の是正
 - － リハビリテーションの組み替え
 - － DPC正式導入
 - － 療養病床の新点数体系の意味

スライド14

「では指導を外して管理料にしましょう」。こういう議論が折衝過程で出されている。

紹介率や初診料での変更は、病院が患者さんを誘導するのではなくて、患者さんが病院を選ぶ方向での誘導ということに変わってきます。このような考えは手術実績の公示の問題などいろいろに

影響しました。そういう意味で、「治療行為単位から疾病単位へ」の基本的な点数組み替えがなされていく。DPCの導入というのはその中軸をなすものであるといえます。

2 質の高い医療を効率的に提供するために医療機能の分化・連携を推進する視点

- (1) 在宅医療に係る評価
- (2) 初再診に係る評価
- (3) DPCに係る評価
- (4) リハビリテーションに係る評価
- (5) 精神医療に係る評価

スライド15

機能分化の基本

- ・ 急性期医療
 - － (急性期病床＝DPC)
- ・ 慢性期医療
 - － (外来診療・医療療養病床)
- ・ 介護

施設類型ではない

スライド16

3 我が国の医療のなかで今後重点的に対応していくべきと思われる領域の評価に対する視点

- (1) 小児医療及び小児救急医療に係る評価
- (2) 産科医療に係る評価
- (3) 麻酔に係る評価
- (4) 病理診断に係る評価
- (5) 急性期入院医療に係る評価
- (6) 医療のIT化に係る評価
- (7) 医療安全対策等に係る評価
- (8) 医療技術に係る評価

スライド17

“機能分化”の中身

(スライド15) 次に機能分化とは一体何かを見ますと、5番目の「精神医療に関する評価」については、これは急性期精神医療も一般医療と同じように、初期を重点評価すること以外はあまり変わっていません。リハビリテーションは皆さんご存じのとおりです。「DPCに係る評価」、これは医師会が反対していたのですが最終的に折れて、正式運用になりました。すでに20万床に近くなっていて、現在、手を挙げているところを見ると早い時間で30万床さらに40万床と進むことが想定されます。

(スライド16) 機能分化の基本は、急性期医療はほぼDPCに移行という方向に向かっている。慢性期医療については外来診療と医療療養病床が受け持つことになるだろう。医療の問題をこう見ていくと療養病床問題はもう介護問題ではないのです。介護は別個。療養病床という施設類型で見るよりも、こういった機能分化を軸にして見ていかないと政策の流れは分かりません。自分の病院はどうやったらいいかと考えるのではなく、自分のところは何をやろうとしているのか、またどういう機能を持ち得るのかと考え、自分の病院の進路を選んでいかなければいけません。施設類型だとか、自分の病院の構造だとか、そういうことから考えると、将来的にはそんなものはどんどん変わりますので、後追いになると思います。ここは間違えないで、医療において何をやるのか、また医療でなく介護なら、介護領域で自分たちが競争力があるのはどこかと見ていくべきでしょう。

“重点的に対応”の中身

(スライド17) 重点的に対応というところにも、たくさん並んでいます。ささやかな点数が小児とか産科、麻酔に付きましたが、大きな点数は付いていません。手術についても赤字という構造は変わっていません。重点的というのはまだ建て前だけだと見ていいと思います。

(スライド18) 今の医療崩壊が深刻化する状況

のなかで、今後中心的に考えていかなければならないのは、すべて「質」、「安全」、「地域配置」であると思います。各病院が内部改革を進めていくときの軸でもあります。「地域配置」は自分の病院が地域のなかでどういう機能で地域貢献できるかということでもあります。

「効率化余地」の中心

(スライド19) 効率化余地については、基本は「慢性期入院医療に係る評価」です。今回のマトリックス方式の評価が今後どうなるかが鍵を握ります。社会的入院を医療保険から外したとき、療養病床が入院医療のいかなる部分を担うことになるのか、これに新報酬体系が正しく対応できるか、これからの運用が課題です。あとは「入院時の食事に係る評価」は、介護も含めて社会保障改革のなかで、いわゆる生活費と介護・医療費との区分をして、生活費のほうに食事の問題を持っていくという流れですので、これがさらに鮮明になっていくだろうと思います。

あなたの病院の位置は

(スライド20) 各々の病院の位置をどうしていくのかを軸にして、今回の診療報酬体系を見ていただきたい。あまり点数にこだわっていると、次にまたはごを外されることは十分にありまので、あまり点数にこだわらないで、今は大きな転換期ですので、1年、2年の損得ではなくて、むしろその先を生き延びるため考えなければいけないのではないかと思います。

(スライド21) 介護施設についても、療養病床の転換が始まっているように、介護施設は医療の外付けという方向が強まるでしょう。実は中医協の今年に入ってからの議論の主軸は、介護施設に対する医療の提供をどうするのか、そのなかにおける在宅療養支援診療所の位置は、という議論が行われています。最終的な6年後の決断であり、それまでは今の体制でいけますが、それまでには介護施設と医療施設ははっきり分かれて、逆に医療がもう1回クローズアップされてくる。そうい

重点

- 質
- 安全
- 地域配置

スライド18

4 医療費の配分のなかで効率化余地があると思われる領域の評価に対する視点

- (1) 慢性期入院医療に係る評価
- (2) 入院時の食事に係る評価
- (3) コンタクトレンズに係る診療の評価
- (4) 検査に係る評価
- (5) その他

スライド19

あなたの病院の位置は

- 新医療計画
 - 疾病別の拠点と連携
 - 病床規制から日常医療圏での医療の確保へ
 - 救急医療を軸として
- 機能の集積
- 医療法人改革
 - 公私の機能分担の再検討（社会医療法人）

スライド20

医療か介護か

最終決断の時
介護施設は医療外付け

スライド21

急性期病院はDPCへ

医療の標準化と透明化
ベンチマークの一般化
技術集積と医療の質
在院日数の短縮

スライド22

う流れではないかと思います。以上で私の報告を終わりたいと思います。

質疑応答

司会(小川) どうもありがとうございます。どなたかご質問ございませんか。大きな流れのなかでいろいろな重点配分や、効率化が行われているということだと思います。今、日病協等でこれまでの結果を検証中ということですし、さらにこのような流れでは困るとか、皆さんいろいろ言っておられると思うのですが、その場合は中医協で修正してもらいたいと思います。何かご意見ございませんか。どうぞ。

■リハビリの期間制限はどうか

質問 ありがとうございます。今、先生がおっしゃられたなかのリハビリテーションについてですが、半年とか90日とかの期間限定になりました。あれに関してかなり現場は混乱しています。特に患者さんからの苦情があります。最近、説明を始めているのですが、かなり苦情が出ているのです。この扱いは改定されるのでしょうか。取り扱いなどで変化は起こらないのでしょうか。

石井 中医協の場でリハビリについては議論が煮詰まっていなかったことが1つあるのです。今回は維持期のリハビリとは何かという議論が全くなされていないのです。ですから今回の改定は基本的には急性期リハビリテーションのあり方をはっきりと打ち出した改定です。これは一応リハビリの各学会からの要望に基づいての改定であると厚労省は言っていますし、そのとおりだろうと思

います。では維持期のリハビリの役割をどこがどのように担うのかということに関しては中医協では議論は煮詰まっていません。基本方針がなく個別対応を通知などで規定しただけです。介護施設にいる人の維持期のリハビリについては介護施設の役割だとなっていますが、そうすると介護施設にいない方の維持期のリハビリをどう考えるか、この辺になると実は厚労省もあいまいです。とにかく今回の改定では、初期にきちんとしたリハビリテーションをやって障害を残さないように、最初の期間に高い評価を与える改定だと強調し、漫然とした温熱療法のような、気持ちがいいからやるというのはやめてくれというのが本音です。ですから維持期のリハビリの適用自体を抑える意図があったとは思えません。実際上は例外規定により、必要な場合はほとんどカバーできると思います。維持期のリハビリテーションについては、やる目的と目標を鮮明に打ち出されれば、それは認められる。それがないとこれまでの、とにかく通院させて漫然と温熱療法などをやっているのと同じに扱われてしまう可能性があるのです。そこは医療側の責任です。そのためにこの扱いは改定後ジグザグしています。上限を超えたら100%全部駄目とは言っていない。これが理解されていないのは問題です。医療機関のみならず各県の支払基金によっても扱いがばらばらになる可能性があるのです。正しい運用をさせる必要があります。学会等も維持期のリハビリテーションのあり方を鮮明にしていく必要があると考えます。

■ケアミックスの病院が難しくなるとは限らない

質問 滋賀県の民間病院ですが、ケアミックスの病院は多いと思うのですが、当院も約半々、一般と療養病床半々くらいなのですが、先ほどの講演で先生は急性期だけでは難しいと言われた(vol.53 10月号12ページ参照)。ケアミックスはやはりこれから先は非常に難しくなるという解釈でよろしいでしょうか。

石井 僕はそうは思っていない。問題はケアミックスでも、その療養は医療療養なのか介護療養なのかが問題です。介護療養だったら、これは

別の介護施設として運営したほうがすっきりとする。医療療養だとすれば、むしろ今まで以上に連続的になるのだと思うのです。おそらく多くの急性期と療養病床のケアミックスの場合、多分医療療養的なものを目指しておられるのだと思います。その場合別に変わる必要はなく、むしろ一貫した医療という考え方で運営されればいいと思います。医療内容上も接近する可能性もあるのですから。

しかし入院患者さんが介護療養的な、世の中でいう社会的入院、ほとんど医者が診なくてもいいというのだったら、段々と介護施設へ転換を考えてもいい。今回は療養病床の転換については政策的に誘導が考えられているのですから、その時期に転換するのが有利であることは間違いないでしょう。転換してそこをグループホームにした場合には、病院からの往診も認めるとか、病院であっても在宅療養支援診療所と同じような扱いをするとかが議論されているので、政策の方向を見誤らないことです。病院によってはすでにグループホームを病院のそばにつくり始めたところもあります。介護は介護として、これからはむしろ非常に競争の激しいところになります。いろいろな機能類型がありますし、介護施設は単純に介護保険で成り立つのではなく、自由料金部分との組み合わせで成り立っています。このため、競争は多様な形態がありうるので、医療、介護、生活支援をどのように組み合わせていくかが、勝負となると思います。

司会(小川) ありがとうございます。先ほどの講演の佐藤先生の病院は全く療養病床を持っていないのです。急性期だけだからしんどいでしょうという話だったのです。

■これからは急性期が伸びるのか

司会(小川) さて、急性期は効率化が迫られ、療養病床は、これ以上たたかれないと思いますが、急性期はもっと伸びるようになるのでしょうか。そこをいちばん知りたいところですが。

石井 全体の経営問題からいうと総額が問題なので、はっきり言って国民医療費総額が伸びない

限りはどうしようもありません。それから療養病床に関していうと、今回については、点数を見ていただければ分かるように介護療養病床と医療療養病床、両方持っておられた病院だとすると、患者を入れ替えれば、点数の構造からいうとそんなにマイナスにならないはずなのです。実際そう運営できるかどうかは人の問題などいろいろありますから、そう簡単には言えませんが、明らかに医療区分2、3については上がったのだし、医療区分1は下がったのです。医療区分1が多ければ非常に大幅に下がり、経営的には、これまで良かっただけに大変でしょう。

今回我々もいろいろな病院の試算をしつつあります。まだ試算ですから本当にどうなるか分かりませんが、見ると少なくとも医療に関しては全体で3.16%といいますが、薬とか歯科を除いて診療分でいいますと、今回の改定は3.16%のダウンではなく4%のダウンです。これは厚労省の公式見解で4%ダウンですから、4%の誤差の範囲に収まる可能性も持っているわけです。療養病床であっても医療区分2、3が多いところに関しては、あるところの試算だと5%ダウンだと言われていますから、4%から比べて1%はきつくなったということなのですが、はっきり言ってこれは誤差の範囲ですね。ですから今回の改定については、本当のところは現時点でははっきりしない。実は日病協で置き換え調査を今やっていますが、療養病床についてはやめておこうという話になっています。なぜかと言ったら、最初は療養病床のダウンが大きいからこれをやろうと言っていたのですが、実はやり始めましたら、むしろケアミックスの病院から、あまりマイナスにならないという結果が出ると困るのでちょっと待ってくれ、本当の結果が出てからにしてくれという声が挙がり始めました。今回療養病床については本当に実施されて以降に、調査しようということになっているのです。

実は影響度についてもいろいろ言われていて、大変なところだけ拾いあげますと急性期もめちゃくちゃ下がるという話になっていたわけです。と

ころが実際調査してみると上がったところもあるし下がったところもある状況です。今回改定でも各病院はいろいろな手を療養病床についても打ち始められているわけです。その打った手がどうなるかということを見ないと、本当のところは分からないので、そういう意味では今回の点数の実際の実入りを評価するのはまだ早過ぎるのではないかと考えています。

事実をもって反論せず、一部をみて大変だ大変だと言っても説得力がない時代ですので、我々は信頼性のある数値をもって、厚労省とか1号側、公益側に訴えていかなければいけないと思います。そのため各病院の経営実態、患者の分布等をなるべく早く皆さん方の病院においても把握

していただきたいし、そこから出てきている問題点を早く抽出していただきたいと思うわけです。

司会(小川) 大変ありがとうございました。いちばん最後に言われたことは非常に重要です。皆さん口では困ったと言っても、実際にデータ出してくださいといってアンケートをやりますと、なかなかちゃんと出してくれない。ここへ来られているところは全部出していただけたと思いますが、また日病のほうからもいろいろ依頼が行くと思いますが、よろしくお願いします。

石井先生、本当にどうもありがとうございました。

国際モダンホスピタルショウ2006
事務長セミナー

「診療報酬改定から考察する病院の将来像」

中央社会保険医療協議会委員／日本病院会常任理事 石井 暎 禧

『日本病院会雑誌』平成18年12月号別刷
日本病院会雑誌 Vol.53 No.12 2006