

第4章 医療従事者

1. チーム医療の推進

①チーム医療とは

チーム医療とは、診療部門のみならず事務部門等さまざまな職種を含めた部門横断的な連携を言う。医療に携わる多職種の職員が、それぞれの能力・機能を発揮して患者の治療にあたる必要がある。急性期治療のみならず、回復期のリハビリテーション、慢性期の療養、予防医学、地域連携等あらゆる医療提供の場面においてこれが求められる。特に多くの職種の職員が、様々な専門資格を持って働いている病院において、チーム医療は、きわめて重要である。我が国においてチーム医療が重視されるようになったのはごく最近であるが、今後この推進が必要である。

チーム医療推進の際には、診療において、患者の意思の尊重を基本に、各職種が常に専門的な知識と技術の向上を図りながらその専門性を発揮するとともに、カンファレンス等を通じて治療方針に従った良好なアウトカムを目指し協働する必要がある。施設特性や規模に応じて、可能な限り各専門職の採用を行うべきである。

②機能限定チーム

最近では、多くの病院で、栄養サポートチーム (NST)、褥瘡対策チーム、緩和ケアチーム等のチームを部署横断的に作り、多職種が集まってそれぞれの目的に合わせた活動がなされるようになってきている。他にも、全日病学会で示されたような感染管理チーム、創傷ケアチーム、化学療法チーム、糖尿病医療チーム、呼吸療法支援チーム (RST) 等がありそれぞれ効果をあげている。

2. 医師数の充足と偏在の是正

①医師数の絶対数不足の解消

現在の医師不足の大きな原因は、厚生労働省が長期間にわたり医師養成数を抑制してきたためであり、最近増員となっているが就業医師増には時間を要し、依然として医師絶対数は不足している。2年毎の届け出による厚生労働省集

計結果 (2008年12月31日) では、我が国の医師数は28万6699人 (男81.9%、女18.1%) であり、前回2006年調査より8772人、3.2%増加している (人口10万当たり224.5人で7.0人増加)。2008年のOECD諸国の平均値302.1人/人口10万人より少ない。平均値までには約11万人不足しており、これは15年後には達成すべき最低ラインである。しかし、医学の進歩に加え、専門分化の進展等により医師の業務量は格段に増えており、更に高齢化の進展による有病率の増加により必要医師数は上おれするものと思われる。

過去の厚生労働省の医師養成に関わる施策は一貫したのではなく、最近になり大きく変更された。1970年代は現在よりも医師は圧倒的に不足していたため、厚生省 (当時) は我が国の医師の必要数を150人/人口10万人と規定し医学部、医科大学の新設を促進し、いわゆる一県一医科大学を目指した。その後医師数は増加した。しかし、1982年に臨時行政調査会が「行政改革に関する第三次答申」の中で「医療従事者について、将来の需給バランスを見通しつつ、適切な養成に努める。特に医師については過剰を招かないよう合理的な医師養成計画を樹立する」と提言し、これを受けて政府は閣議で医師数抑制策を決定した。また当時の厚生省保険局長の「医療費亡国論」の提示等があり²¹⁾、1984年以降医学部の定員が、最大時に比べ7%減らされた。その後、現場では不足しているのに、厚生労働省も日本医師会もこれを認めず、医師養成は長い間抑制されてきた。2008年になりやっと厚生労働大臣より医学部定員削減の閣議決定の見直しがなされることとなり、医学部の定員増加、新設医学部、医科大学の案が具体化してきた。

現状の医師養成増員策が継続されるなら、15年後には医師数が増加するのは自明の理であるが、今後の医療ニーズとの対比で養成数の問題を考えるべきである。

²¹⁾ 吉村仁：医療費をめぐる情勢と対応に関する私の考え方。社会保険旬報1424号 1983 (昭和58年) 3月、p12-14

②医師偏在の現状と対策

医師の絶対数不足もさることながら、医師の偏在も深刻な問題である。地域偏在に関しては、2004年4月から始まった新医師臨床研修制度により、大学病院の勤務医が減少したため医局の医師派遣システムが破綻し、主に地方の出張病院から指導医を引き上げたことが大きな要因の一つである。

新制度では大学附属病院以外の病院も臨床研修病院となったために、多くの臨床志向の強い卒業生が移動し、それにつれ入局者が減少したため、今まで派遣していた一般病院からも医師を引き揚げざるを得なくなっている。その結果病院の医師数が減少し、更に残った医師も激務に耐えかね退職するという悪循環が発生しており、特に地方の医師不足偏在は深刻であり地域医療崩壊の原因となっている。

周知のごとく外科、産婦人科、小児科、救急科、麻酔科等、偏在が顕著な診療科もあるが、職業意識の希薄な医師の増加および女医増加に対する対応の遅れ等に加え、勤務が過酷な診療科の敬遠等多くの問題が累積されておこった問題であり、多面的同時対応が必要であろう。更にこれらの診療科は、診療のリスクが高く訴訟の対象になりやすいばかりか、近年では医療の不確実性を理解しない社会の風潮を盾にした、警察の刑事事件捜査の対象となり、ますます敬遠されている。医療事故の再発防止と、当事者の再教育を主要な活動とする、医療者主導の第三者機関の設立、医療事故被害者の補償制度や裁判外紛争処理（ADR：Alternative Dispute Resolution）の確立が急がれる。

病院を退職した医師は、都市部で診療所を開業する傾向が顕著になってきた。我が国の卒後研修はこれまでは専門医を育てることが目標であったためプライマリケア医は必ずしも確立していない。今後、プライマリケア医としての診療所開業を勧めるべきである。

現在、大学入学における地域枠の設定、一定期間の勤務を条件に奨学金を貸与する制度が導入されており、地域の臨床研修病院における研修制度の充実により研修生の増加が認められるようになってきている。地方の病院医療を守るためにも、その効果について追跡調査、検証が行われる必要がある。

③女性医師のさらなる増加

女性医師は増加しつつあるが、現在のところこれに対応していない病院が多いため、女性医師が医師としてのキャリアを継続することが困難であるばかりか、多くの教育費用を投じた女性医師が社会で活躍の機会を得ることができず、社会的にも大きな損失となっている。医療施設においても結婚、出産、育児に配慮すべきであり、具体的には短時間勤務等、多様な就業形態の導入や保育所の整備等、勤務環境の整備が必要である。女性医師は今後ますます増えることは医学部の在学生数から確実である。15年後は更に増加しており、その処遇の改善が不可欠であるが、現実には難しい問題が山積しており、社会全体で解決すべきである。

④病理、放射線科、法医学医師の増加

直接治療にかかわる臨床医が足りないのみでなく、放射線科医、病理医、法医学医の不足は更に深刻であるといっても過言ではない。かなりの規模の病院でも、放射線診断医や病理医の常勤医がおらず、非常勤医に頼っているところも多い。それにも拘らず病理検査、放射線診断の件数も増えており、病院として精度管理を適切に行うことは困難になりつつある。法医学医に至っては、ほぼ大学病院の本院にしかおらず司法解剖の少なさはとても先進国とは言えない様態である。これらの科の重要性に鑑み、医師確保のための対策が進められる必要がある。

⑤医師の事務作業を肩代わりする事務員

近年、特に病院での医師の事務作業量が飛躍的に増加している。診療録記載、指示書、処方箋に始まり、入院医療計画書、患者への説明と同意、診断書、主治医の意見書等、作成する書類は多い。電子カルテ、オーダリングシステムは却って医師の作業量と時間を増やしている面がある。病院に来て、患者を診る時間より書類作成に時間を取られるようになっており、これは本末転倒である。医師は医師でなければできないこと、医師がやるべき仕事を優先して行えるようになってきている必要がある。

医師事務作業補助職制度ができたが、未だ有効な対策とはなっていない。内容が多岐にわたり、専門性が強く事務員が慣れないということもある。診療報酬では作業補助職の給料は払えず、結局医師に時間外労働をさせている実態がある。

今後、書類量の減少が必要である。医療安全、患者の権利保護、病院のリスクを減らすためにやたら書類が増えてしまっているのを、効率的に考え直し、説明と同意もできるものは医師以外の職種が行う、保険の診断書も統一した書式となっている等の対策導入が必要である。

3. 看護師不足の解消

①看護師の不足

現在、看護師の絶対数は増えているが医療介護の現場では大変不足している。2008年の就業看護師数（准看護師を含む）は約125.2万人（人口1000対9.5）であり、1996年の92.9万人に比較して32.3万人増加している。人口1,000人当たりの就業看護師数はOECD加盟諸国平均（人口1000対8.4）とほぼ同等である。病院に約83.7万

人（66.8%）、診療所に23.0万人（18.4%）が働いており、その他、介護保険施設、訪問看護ステーション、社会福祉施設等でも勤務している。

我が国では、病院の機能分化が未だ不十分であり、他のOECD諸国に比較して病床数が人口比で多い。病床100床当たりの看護職員数は50.2人（看護師39.6人、准看護師10.6人）と他のOECD諸国と比較して少ない（図1、表1）。

看護師不足は以前より言われてきていたが、近年特に病院の看護師が足りなくなり、救急医療の縮小、病棟閉鎖等の原因の一つとなっている。7対1看護基準の導入に見られるように診療報酬上の理由から看護師需要が増加した一方で、看護職養成が追い付いていないのが現状である。

2001年に270校あった医師会立准看護師養成所は2007年には218校にまで減少し、逆に看護系大学は91校から158校に増え更に増加す

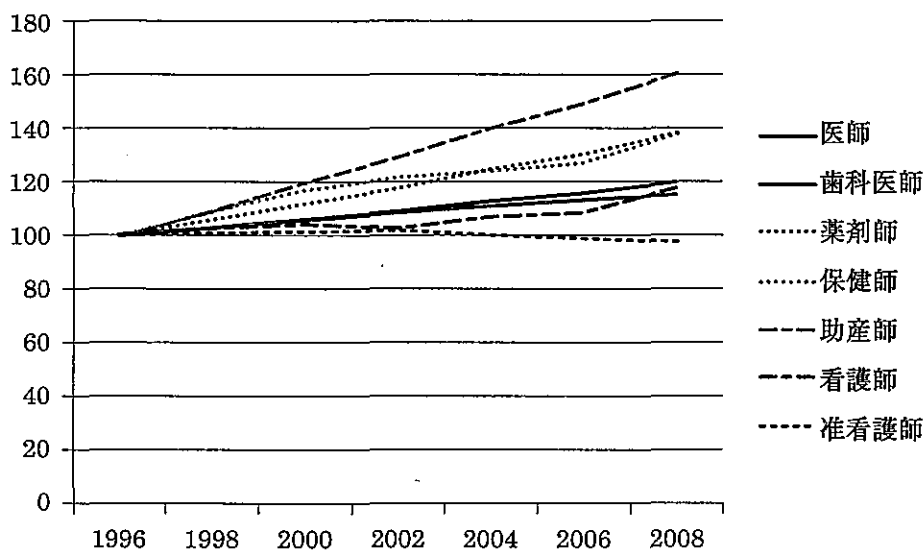


図1. 医療関係職種の推移（1996年 = 100として示す）

	平均入院日数	急性期病床数	医師数	医師数	看護職員数 (FTE換算)	看護職員数
		人口1000人当たり	病床100床当たり	人口1000人当たり	病床100床当たり	人口1000人当たり
日本	18.8	8.1	15.2	2.22	50	9.81
ドイツ連邦	7.6	5.7	62.9	3.84	70	11.61
アメリカ	5.5	2.7*	92.6	2.58	190*	10.75

・ OECD Health Data 2010より作成
 ・ データは2008年、*は2007年。
 ・ 看護職員数は病院での実働数。医師については、医師数を病床数で割りかえし算出しているため、病院で働いていない医師数も数値に含まれている。

表1. 日本、ドイツ、アメリカの医療従事者数の比較

る傾向である。看護職の教育の高度化・多様化は、人材の活用、チーム医療を促進するために有用であり、病院として歓迎すべきである。准看護師の教育については、高校卒業を要件として、教育内容の充実を図り、国家資格への移行を目指すべきである。一方、看護師については一律の4年制への移行は、病院の看護師不足に拍車をかけることが危惧される。

2025年における看護需要は社会保障国民会議による医療介護費用シミュレーションのいずれのシナリオにおいても看護師供給を上回ると予想される³⁴。例としてB3シナリオにおいては、看護需要が215.9万人で供給が179.9万人と推計され供給率は83%である。更に諸要件を当てはめた修正シナリオにおいても供給率は98%にとどまる。

就業していない潜在看護師は30万人とも55万人とも言われている。この人たちの復職支援は自治体等で始まったばかりであるが、貴重な労働力であり人生経験を積んだことで更に看護能力が高まったことも期待できるので、今後更に促進する必要がある。

今後、看護師の養成、供給体制は医療体制の再構築に合わせて考えていく必要があり、医師同様に地域格差の是正は行政の責務である。

³⁴ 伏見清秀、他：長期的看護職員需給見通しの推計 (<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000000eydoatt/2r9852000000eyf5.pdf>)

② 転職・離職の理由

日本看護協会の調査では2005年から2006年の一年間に推計10.2万人の看護師が全国9,000の医療機関から離職し、うち約8万人が別の施設に再就職している。また2004年から2008年の離職率は11～12%とほぼ横ばいである(図2)。

転職・離職の原因は妊娠・結婚・育児を除けば、人間関係、夜勤の負担の大きさ、勤務時間の長さがトップ3であり、続いて責任の重さ、医療事故への不安、自分の能力への不安等がアンケートの結果からあげられている。人間関係では同僚との関係、上司との関係の他に医師との関係がみられた。チーム医療促進のために、医師と看護師のパートナーシップを築いていく必要がある。夜勤、残業の負担感が強く、勤務内容も激務と言ってよく、その割に給与は高くないと感じられ、診療報酬が抑えられている限りなかなか改善されず、転職することで給料増を図ることも少なくない。免許を持っていれば就職口は沢山あり、転職を繰り返す看護師もあり、またそれを仲介する業者がいて助長する結果になっている。結婚、出産、育児がきっかけで離職し、職場環境、就業条件により育児をしながら就業できないこと、しばらく現場を離れていたために起きる仕事に対する不安等で復職しなかったりして離職してしまう例が多く、女性医師と同じくあたら才能を埋もれさせることがないように改善して行く必要がある。

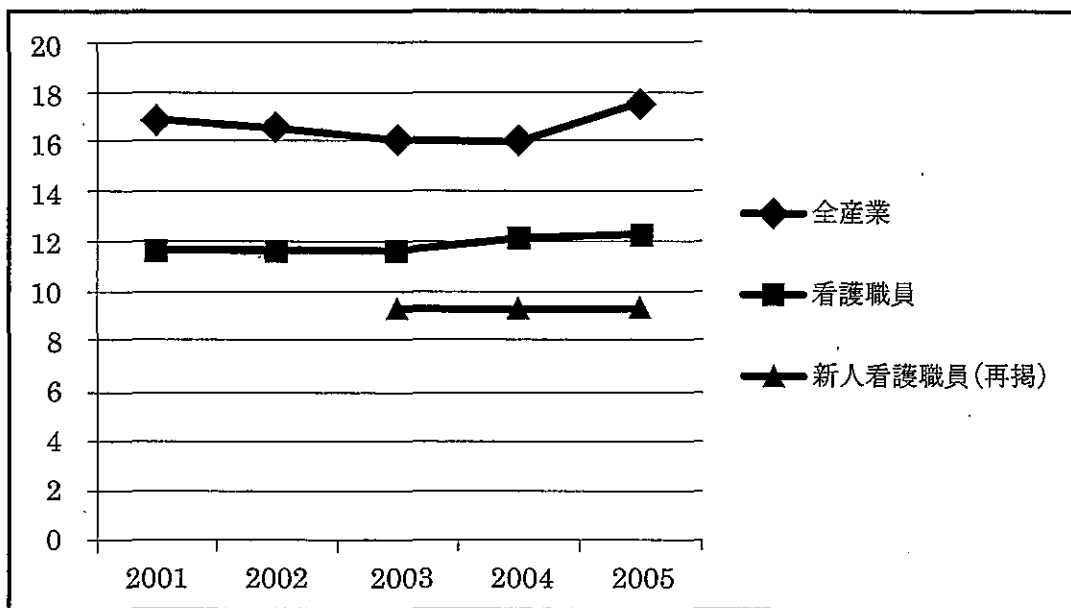


図2. 全産業と看護職員の離職率の推移 (%)

・全産業は「雇用動向調査」(厚生労働省大臣官房統計情報部)
 ・看護職員は「病院における看護職員需給調査」(日本看護協会)

③専門看護師、認定看護師

いずれも日本看護協会が認定する資格である。専門看護師は、看護系大学の大学院修士課程に専門の教育過程が設置され、その終了と実地経験年数を踏まえて認定している。専門分野としてはがん看護、精神看護、老人看護、小児看護、母性看護、慢性疾患看護、急性・重症者看護、感染症看護、家族支援であり、今後在宅看護も加わる予定である。その役割は実践、相談、教育、調整、研究、倫理調整である。我が国の看護界での指導的な立場の人材を育成するのが目的のようである。

認定看護師は実務経験5年以上で600時間の認定看護師教育課程を修了し、筆記試験に合格することが必要である。救急看護、皮膚・排泄ケア、集中ケア、緩和ケア、がん化学療法看護、がん性疼痛看護、訪問看護、感染管理、糖尿病看護、不妊症看護、新生児集中ケア等21分野があり、役割は実践、指導、相談である。現場でより高い看護実践を行い、専門領域の指導者を養成するのが目的と言える。

しかし、全日病としては、看護師内で一部技能・知識に優れる看護師の養成ではなく、むしろ看護職全体の技能・知識向上、看護業務の拡大を図るべきであると考ええる。最近の教育制度変更による効果の見極めが必要である。

④PA、NP

アメリカ合衆国ではPA (Physician Assistant)、NP (Nurse Practitioner) の制度があり、フランス、オランダの看護師の業務もこれと類似した部分がある。PAは外科系医師の助手、医師の監督下に一定の医療行為を行うことができる。また、NPは主にプライマリケアを担当し、生活習慣病の改善や予防が業務の中心となる。患者の臨床症状を判断し、症状緩和のための薬剤の投与、処置を実施できる。いずれも現在の我が国の看護業務を超えた内容であるが、看護業務の拡大と考えるか、あるいはまったく別の新規職種として考えるかを含めて、まだ議論の途に就いたばかりであり、詳しく論じることはできない。今後、状況に応じて改めて考えることとしたい。

⑤看護職と介護職の業務分担

我が国の病院では看護師は様々な業務をこなしてきた歴史がある。医師の診療介助、看護業務に加え、臨床検査技師、放射線技師、リハビ

リテーション職員の業務もこなし、事務作業まで行っていた。最近チーム医療の中でそれらの業務は他職種が行うようになってきているが、昨年の全日病の調査では、病院により、まだ多く残っている場合もあり、今後、改善が必要である。

看護師と介護職と業務分担もなかなか進まない。同じく全日病の調査では介護職、看護助手でも可能と思われる看護業務として、リネン交換、配膳下膳、おむつ交換、トイレ誘導、ナースコール対応、喀痰吸引、死後の処置等があげられている。

2010年8月厚生労働省の「介護職員等によるたんの吸引等の実施のための制度の在り方に関する検討会」では老健局の事務局案を大筋で了解し「介護職員等によるたん吸引等の試行事業」を実施することで合意した。この事業では、喀痰の吸引（口腔内、鼻腔内、気管カニューレ内部）と経管栄養（胃瘻、腸瘻、経鼻）を行為範囲とし、介護福祉士、訪問介護員、保育士等介護職員を対象としている。在宅療養患者では、家族が無資格で、系統立てた訓練もなしに、あまり問題なく行っている行為である。医師、看護師の指導、監督下に行う病院や介護施設での喀痰吸引は、介護福祉士の資格の有無にかかわらず、一定時間の研修を受けた介護職員であれば実施が可能であると考ええる。看護師との業務分担を進めるためにも、早急に試行事業を終了して、実施可能とすべきである。

4. その他の職種の充足

医療の高度化、チーム医療の推進は、医師、看護師必要数増加とともに、他の医療職種の必要数増加をもたらしている。表に主な医療関係職種の入学定員の推移を示す(表2)。最近では、理学療法士595(1995年=100)、作業療法士486、視能訓練士340等のリハビリテーション関係、臨床工学技士289にみられる医療機器の管理、正看護師132、准看護師39、保健師383、助産師406等看護系業務の拡大と高度化、薬剤師172にみられる薬剤師の関与の増大等が、顕著な傾向である。医療水準の向上に合わせて、今以上に専門職の技能レベル向上と人材の充実が求められる。チーム医療の推進は必須の取り組みであり、医師や看護師のみならず薬剤師やリハビリテーションスタッフ、臨床工学士、臨床検査技師、放射線技師、社会福祉士、診療情

報管理士、これらをサポートする事務職等の職種の活躍も求められ、その人材の充足も不可欠である。

2025年労働人口の減少は医療分野にも及ぶはずであり、医療従事者が65歳以上になっても、経験を生かしながら引き続き就業を継続できるような、多様な就業形態、環境整備が必要である。

職種	1995年	2009年
医師	100	111
歯科医師	100	97
薬剤師	100	172
看護師	100	132
准看護師	100	39
保健師	100	383
助産師	100	406
診療放射線技師	100	107
臨床検査技師	100	51
理学療法士	100	595
作業療法士	100	486
視能訓練士	100	340
臨床工学技士	100	289

表2. 医療関係職種の新規入学定員の推移（1995年＝100として示す）

第5章 医療費

1. 医療費の現況

2008年度の国民医療費は34.8兆円、前年度の34.1兆円に比べ0.7兆円(2.0%)の増加である。人口一人当たりの国民医療費は27.3万円、前年度の26.7万円に比べ2.0%増加している。国民医療費の国民所得に対する比率は9.9%(前年度9.0%)である。介護保険給付費は6.1兆円、前年度の5.8兆円に比較して、0.3兆円(3.9%)の増加である。医療費、介護保険給付費の合計が国民所得に対する比率は11.6%(前年度10.5%)である。高齢化の進行とともに、医療費絶対額、対国民所得に対する比率ともに増加傾向にある。

制度区分別では、医療保険等給付分47.9%、後期高齢者医療給付分30.0%、公費負担医療給付分6.7%である。

財源別では、公費分37.1%、保険料分48.8%、その他(患者負担)14.2%(14.1%)である。1998年度と比較して、公費+3.7%(うち、国

庫+0.5%、地方+3.3%)、保険料-4.5%、その他+0.9%であり、保険料の減少分を公費(地方が主体)、その他(大部分は患者負担)で賄っている状況にある。

国際比較では、対GDP比で米国16.0%、フランス11.0%、ドイツ10.4%、カナダ10.1%、イタリア8.7%、英国8.4%、日本8.1%とG8諸国の中では最も低い(比較のため2008年データを使用)。多くの国では高齢化の進行に伴い医療費の割合は増加しているが、高齢化がほとんど進んでいないにもかかわらず医療費割合の増加が顕著な米国、高齢化の進行にもかかわらず医療費割合の増加の程度が低い日本、イタリア等、国により事情は異なっている。

国の経済に対して、医療費としてどの程度を用いるかは、高齢化の進行度合い、医療提供体制、医療に対する期待度等が影響し合って決定されることが考えられ、どの程度の医療費が適切かが一義的に決まるわけではない。

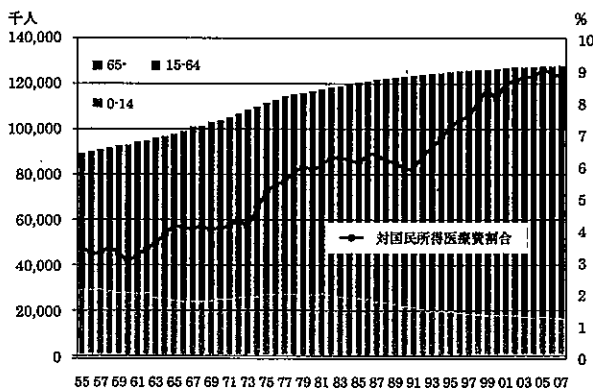


図1. 人口の高齢化と医療費の上昇

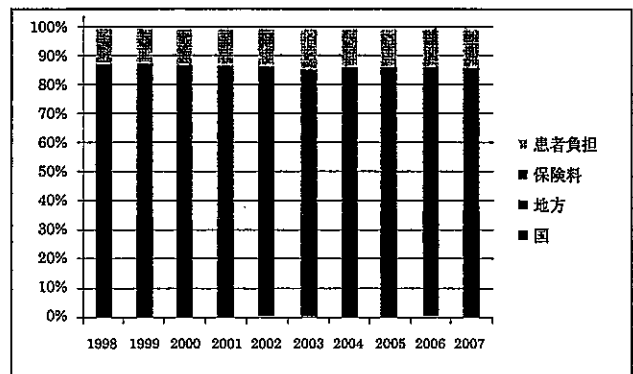


図2. 財源別医療費の推移

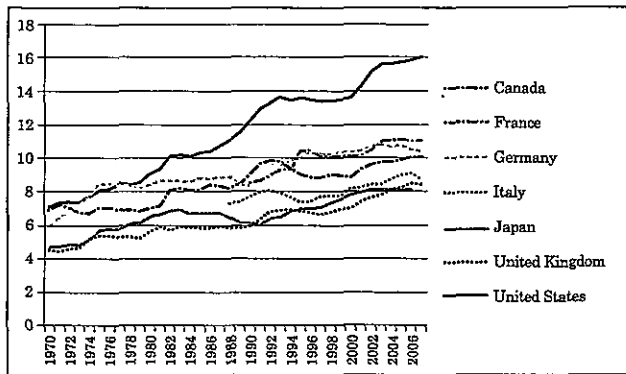


図3. 医療費の国際比較 (対 GDP%)
(OECD Health Data 2010 より)

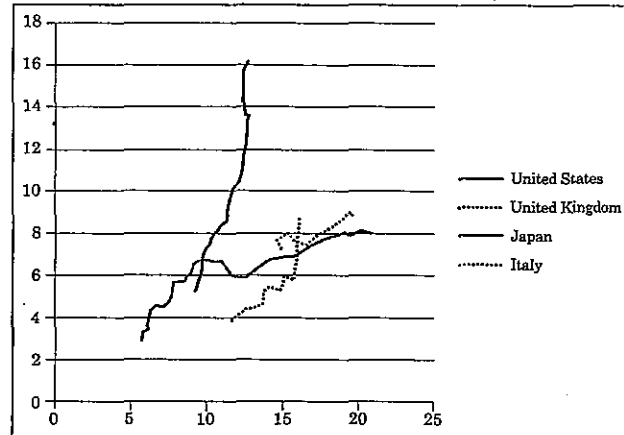


図4. 高齢化と医療費
(横軸は65歳以上人口割合%、縦軸は医療費対 GDP%を示す)
(OECD Health Data 2010 より)

2. 社会保障国民会議の議論

社会保障のあるべき姿と財源問題を含む改革の方向性については、2008年に社会保障国民会議の議論の結果が明らかにされている。全日病の想定する医療内容はおおむねB3シナリオに近い。それによると、2007年の医療・介護費用41兆円(対GDP7.9%)に対して、2025年には現状投影シナリオで85兆円(10.8-10.9%)、追加的に必要な公的財源は対GDP1.4%であり、消費税で3%に相当する。改革シナリオでは91-94兆円(11.6-12.0%)、追加的に必要な公的財源は対GDP1.8-2.0%であり、消費税で4%である。

3. 医療費についての検討事項

①望ましい医療水準と医療費

医療の希少性と公益性、資源が有限であるという観点からは、望ましい医療水準と、それを実現するための医療供給体制を明らかにし、そのための医療費推計を行うという考え方が望ましい。現状では、医療は公共財として取り扱われ、これらの議論が十分になされないまま、公費の投入が多くなされており医療水準と負担との関係が必ずしも明確にされていない。今後は、資源が有限であるとともに、その最適な配分はどうあるべきかの議論が可能となるような基盤整備(データ、モデル、初期値、前提等の公開)が必要である。

Aシナリオ (現状投影)	B1シナリオ (穏やかな改革)	B2シナリオ (大胆な改革)	B3シナリオ (更に進んだ改革)
急性期医療 一般病床 133 万 平均在院日数 20.3 日	急性期医療 一般病床 80 万 平均在院日数 12 日	急性期医療 一般病床 67 万 平均在院日数 10 日	急性期医療 高度急性病床 26 万 平均在院日数 16 日 一般病床 49 万床 平均在院日数 9 日
医療+介護費用(2025)* 対 GDP 10.8-10.9% (うち医療は 8.4-8.5%) 金額 85 兆円	対 GDP 11.6-11.9% (うち医療は 8.6-8.9%) 金額 91-93 兆円	対 GDP 11.6-11.9% (うち医療は 8.5-8.8%) 金額 91-93 兆円	対 GDP 11.7-12.0% (8.6-8.9%) 金額 92-94 兆円

*2007年では、対GDP 7.9% (うち医療は 6.5%)、金額 41兆円。

表1. 改革シナリオに基づく結果の概要 (経済前提II-1の場合)

②負担者

負担者は、公費（国、地方）、保険料（本人、事業者）、患者負担に大別される。患者負担はほぼ横ばいであり、保険料の減少分を、公費、特に地方の負担の増加により補っている。保険料に基づく社会保険としての医療保険運営に対する公費の投入は日本の特徴とされてきたが、最近では公費投入に踏み切る国がドイツ等見られるようになった。このため保険料の高騰を抑えることが可能となる半面、医療費支出を含む社会保障費が財政支出の大きな割合を占め（2010年予算では一般歳出53.4兆円のうち社会保障費が51.0%、うち医療が15.1%）、財政の硬直化を招いている。公費の拡大には増税が必要であり、一般に、増税は保険料の値上げより政治的に困難であることから、医療費を抑制するように作用していると考えられる。

③財源と方法

財源については、公費（一般会計からの支出）、保険料、自己負担が考えられる。

公費については消費税の増税がしばしば議論されている。しかし、消費税は一般会計を経て医療に投下されるものであり、必ずしも医療に用いられる保証はない。目的税化することにより国民の理解を得られやすくし、医療への財源にあてられることを保証することは可能であるが、この場合、社会保障全般への目的税とするか、あるいは医療、年金等、使用細目と税率をそれぞれ定める必要がある。

保険料値上げは、社会保険の仕組みでは本来医療費の増加は保険料値上げで賄うべきであること、受益と負担の関係が理解されやすいことが特徴としてあげられる。この場合、公費は、社会保険の仕組みが成立しないほど疾病リスクが高い高齢者等に限定して投入すべきである。後期高齢者医療制度は、その考えに基づくものであるが、社会の理解を得るには至らなかった。現在、高齢者の多くを国民健康保険に移行させ、財政補助（公費、被用者保険からの支援金等）でその費用を賄おうとする案が議論されているが、これは社会保険と、公的な支援の区分を曖昧にするものである。

自己負担の増加については、現行の自己負担割合30%は他のOECD諸国と比較しても高いことから、これ以上の負担の増加はアクセスを阻害することが危惧される。基本的な医療への

アクセスを保証するためにも、自己負担割合の上昇には慎重である必要がある。

上記からは、将来の負担形態としては、疾病リスクの高い高齢者に対しては公費、社会保険形式の維持が可能な若年者に対しては保険料で対応し、保険でカバーする医療範囲については一定の検討を必要とするものの自己負担割合は現状程度にとどめることが望ましい。高齢者の医療費については、用途を明確にした目的税（消費税の目的税化を含む）をあて、若年者の保険料からの流用は避けるべきである。

第6章 診療報酬体系・介護報酬体系

1. 現行の診療報酬体系と介護報酬体系

日本の診療報酬は、過去50年にわたり原則2年に一度改定されてきた。現在、その改定にあたっては、内閣が改定率を決定し、基本方針は社会保障審議会で決められる。その決定を受けて、改定内容は厚生労働大臣の諮問機関である中央社会保険医療協議会で議論されることとなっている。

このような過程の繰り返しは、結果としてデータに基づいた論拠のある診療報酬体系の構築には程遠く、基本的に診療原価を保証したものにはなっていない。特に、「入院基本料」「再診料」等は、そのときの時勢、政治的力学が大きく関与している。

近年発展を遂げたDPC (Diagnosis Procedure Combination、DPC/PDPS : Diagnosis Procedure Combination/Per-Diem Payment Systemともいう)制度も、基本的には個々の出来高払いの報酬から構築されており、同様の要素を含んでいる。また、療養病床の医療区分はコストデータがあるにもかかわらず、病床削減という政策誘導を目的とした不合理な点数設定がなされている。

一方、介護報酬は2000年4月の制度開始以後、3年に一度改定されている。開始時の報酬決定は、診療報酬と異なり、コストデータに基づいたものであった。しかし、利用者の増加、保険料の調整等の多くの問題を抱え、居住費・食費の自己負担増、介護療養病床の廃止問題等、短期間に大きく経営環境が変化している。また、報酬の単価減等により、介護職員の給与が低く抑えられ、大量退職を招いたこと等が社会問題化し、緊急的介護職給与補助金制度(2012年3月まで)等が実施されている。

2012年は診療報酬・介護報酬同時改定が行われる予定であり、多くの制度改定の下での報酬改定であり、将来の医療・介護提供体制および報酬体系の構築等の方向性を示す極めて重要な改定となる。しかも、高齢者比率の急増を迎えるのはその後であり、社会保障費負担率と診療報酬・介護報酬の改定は密接に関連して行く

考えられる。今後、資源が有限であるとの認識の下で、国民の医療・介護に対する要求レベルと提供側の可能レベルを明確にし、双方納得の行く形で報酬体系を構築する必要がある。

2. 望ましい診療・介護報酬体系とは

診療報酬体系は、下記に挙げる条件を満たすものが望ましい。

- ①医療・介護の質を高めることに寄与する
- ②医療・介護を担うものの努力を正当に評価する
- ③医療・介護の過剰・過小を廃し、効率的な医療・介護の提供に寄与する
- ④疾病と状態像の特性を十分加味し、重症度、看護度、介護度を反映する
- ⑤診療・介護に係る技術料、材料費、薬剤費等のランニングコストと、建物の初期投資、維持管理に要するキャピタルコストを各々反映する
- ⑥事務処理が比較的容易

現行の診療・介護報酬体系を見ると、⑤に挙げられたコストの反映は極めて乏しいものである。⑥事務処理については、きわめて難解・複雑な報酬体系であり、過度に多くの事務作業が発生している。

望ましい診療報酬体系に近づけるためには、実情把握、コストデータの収集、およびそれを反映した診療・介護報酬体系とし、無駄な規制を省き簡素化に努める必要がある。

3. 支払い方式の分類

診療・介護報酬の支払い方式は、下記のように分類できる。

- ・人頭払い：医療・介護を提供する人数で支払額が決定される
- ・包括払い：疾患別、状態別等のケースミックスにより支払額が決定される

- ・出来高払い：個々の診療・介護行為に支払われる
- ・予算制：決められた予算内で、診療・介護が行われる

我が国の診療報酬支払い制度は、過去の出来高払い制度から、急性期入院にはDPCによる支払い制度が導入され、医療療養病床には医療区分・ADL (Activities of Daily Living) 区分による包括支払い制度が導入された。しかし、一般病床には、出来高払いが多く残っており、また一律報酬+出来高（亜急性入院、回復期リハビリテーション等）のような方式も存在している。

DPCによる支払い制度は、現行では包括と出来高の組み合わせであり、日額定額である。また、データ収集は可能であるが、コストを反映したものではない。今後は、収集したデータを利用し、より実態を反映でき、再生産のための適正な利益を確保出来る制度に発展させる必要がある。また、近い将来にはDRG方式（一入院に対する包括支払い方式）、更に質指標・アウトカム評価を取り入れた報酬体系に発展していくことが望まれる。

一方、介護報酬は要介護度というケースミックス手法により支払限度額を定め、状態別包括支払い方式になっている。

4. 外来医療の診療報酬体系

外来医療の診療報酬支払い方式は、下記のように分類される。

- ・急性期：出来高払い
- ・慢性期疾患：包括払い
（主としてプライマリケア医が担当する）
- ・専門医コンサルテーションフィー：
疾患別包括払い
- ・救急疾患：出来高払い
- ・健診・検診等：契約に基づく支払い

5. 入院医療の病棟別診療報酬体系

入院医療の診療報酬支払い方式は下記のように分類される。

- ・高度医療：保険診療以外の研究費、療養費等による支払い
- ・急性期：疾患別・重症度別分類による包括支払い方式

- ・亜急性期・回復期：状態別分類による包括支払い方式
- ・慢性期：状態別分類による包括支払い方式

全日病は、本報告書等において、入院医療は病棟単位での機能分化が望ましいとしてきた。医療法では、病床を一般病床・療養病床に区分しているが、今後はその機能から急性期病棟・亜急性期（回復期）病棟・慢性期病棟に区分することが妥当と考える。

ここでは、病棟別にその機能の概要を説明し、望ましい支払い方式を示す。

①高度医療病棟

稀な疾患（疾患を明示的に特定する）の診療や先進医療（遺伝子治療、特殊ながん治療等）を対象疾患とする高度医療病棟の診療報酬は、医学研究的要素の強いことも考慮して、研究費、特定疾患療養費、その他の診療報酬以外の財源も考慮しながら個別に定めるべきである。

②急性期病棟

地域（二次医療圏）基幹的病院をはじめ、急性期治療の中心となる急性期病棟の診療報酬は、疾患別・重症度別分類による包括払い方式（一入院単位）が基本と考えられるが、個々の疾患の重症度、患者の併存症・合併症に十分配慮すべきである。

今後は、年々運用が拡大されてきたDPCによる包括払い方式が発展的に解消され、一入院単位の包括払いに変更されること、更に質指標・アウトカム評価を取り入れた報酬体系に発展していくことが望まれる。

③亜急性期・回復期病棟

急性期後のリハビリテーション、その他引き続き入院を対象とする亜急性期・回復期病棟の診療報酬としては、状態別分類による包括払い方式（1日定額）が望ましい。

④慢性期病棟

医療療養病棟は、2006年診療報酬改定以降、長期的入院医療を要する患者の受け入れを積極的に行ってきた。今後、「医療区分」「ADL区分」が更に医療の質向上に貢献できるよう制度の見直しを図る必要がある。

現在、一般病床に分類されている障害者病棟、特殊疾患病棟は、今後療養病棟の一系と考えるべきである。これらの診療報酬も、療養病棟と同様に状態別分類による包括支払い方式とすべきである。

(地域一般病棟)

急性期部分については疾患別・重症度別分類による包括払い方式（一入院単位）、亜急性期部分については状態別分類による包括払い方式（1日定額）の併用となる。

6. 介護報酬の支払い方式

本報告書では、介護保険施設の一元化を基本構想としている。従って、介護報酬の支払いは、基本的に介護費用と看護費用（医療管理部分）に限るべきであろう。そして、必要な医療については、医療保険からの支払いとし、居住費・食費は自己負担を原則として考える。また、それぞれの施設において、自ら提供可能な医療・介護機能を明示するとした。下記の項目が考えられるが、報酬の支払いについて追記する。

- ・ 医師・看護師による医療提供体制
→ 医療保険
- ・ 維持的リハビリテーション提供体制
→ 介護保険
- ・ 認知症対応体制
→ 介護保険
- ・ 24時間看護提供体制
→ 医療保険
- ・ 終末期医療・介護提供体制
→ 医療・介護保険

このように、介護保険施設の一元化を図るとともに、支払いもそのサービス内容により、介護保険・医療保険・自己負担の組み合わせで考えることが適当であろう。介護保険施設以外の高齢者住居等においても、同様の支払い方式が適応可能である。訪問看護ステーションへの支払いも、管理的医療（看護）は介護保険から、その他の看護提供は医療保険からの支払いとすべきである。

コラム：臨床指標を用いた診療報酬・介護報酬体系の展望

(医療の質と効率性)

我が国の医療は、過去、受診容易性（アクセス）に重点が置かれていたが、現在は、質と効率性の向上が求められている。近年の医療政策における、経済効率性への偏重は、効率的な医療の名の下に医療費が抑制され、医療提供側に大きな負担を負わせることになった。このことが現在の医療崩壊の大きな要因であったことは疑いない。医療の質と効率性は、二律背反ではなく、車輪の両輪の如く、並行して展開されなければならない。医療の質と診療報酬を適切に結び付けた制度により、医療機関の経営を安定させ、同時に効率性の向上を達成するべきである。

(医療の質の評価)

医療の質は、構造 (Structure)、過程 (Process)、結果 (Outcome) の視点から評価される (Donabedian 1966)。現在においても、構造 (Structure) の視点から、病院の規模、看護基準等が診療報酬に反映されている。今後、中央社会保険医療協議会で議論されているように、薬剤師等のコメディカルの病棟への人員配置、療養病棟、介護老人保健施設へのリハビリの人員配置も診療報酬に反映されるであろう。過程の視点からは、クリニカル・パスの適応率、診療ガイドラインの遵守、ジェネリック薬品の採用率等が指標として挙げられる。今後、医療機関に対し最も影響を与えるのは、結果の評価である。各医療機関の平均在院日数、在宅復帰率等はもちろん、各医療機関における疾患ごとのアウトカムも評価されるようになることが想定される。すなわち、診療報酬制度において、「どの行為を行ったら何点」「主病名に応じて入院料は何点」ではなく、「どの行為を行い、どのようになったら何点」「主病名が何で、入院経過（結果）がどのようになったら何点」という、所謂、質に基づく支払 (P4P: Pay for Performance) への流れが推進されると考えられる。

現在、DPC 制度等により、国は個々の患者、医療機関のデータを把握し、分析している。これらのデータの開示は、医療の透明性を高め、医療の質向上に寄与することが期待される。今後、国はこれらのデータを基に臨床指標を設定し、医療機関に対して自らの医療の質を評価するものとして、データを広く住民に開示するこ

とを求め、第1段階として、開示することに対して診療報酬で評価し、第2段階として、臨床指標ごとの達成度に対応して診療報酬が規定されるようになる可能性が高い。

(臨床指標のあり方)

地域において、大学病院、基幹病院、民間病院は、それぞれの担うべき役割があり、求められる医療のアウトカムは異なる。従って、医療の質を評価する場合、全ての病院を同じ指標で評価することは適切ではない。換言すれば、患者の状態や疾患の病期によって期待されるアウトカムは異なるため、それらを反映した指標の設定が必要である。これらを踏まえ、今後の適切な臨床指標として、疾患および病期ごとの区分けによる評価指標の設定が望まれる。

(まとめ)

2025年には、国がデータに基づき設定した臨床指標に対する各医療機関の実績が医療機関の収益に反映される。同時に医療機関の経営指標の評価も行われる。臨床の質と経営の質のバランスが保たれているかが検証可能となることで、診療報酬制度の妥当性を評価し、制度改定に結び付くようになる。個々の病院は、診療の質を向上することにより医業収益が改善し、経営の質も向上する。すなわち、診療の質を向上することにより医業収益が増加し経営が安定する。医療機関では十分な人材確保が可能となるばかりか一定期間ごとに機器更新のみならず建物の改築等も可能となり、その機能が充実することとなり更なる質向上に繋がる。この繰り返しのより良好な経営サイクルが確立される。逆に、適切な診療成果を発揮できない医療機関は収益性が低下し存続することが困難となるが、地域における医療確保の観点からは、そのような医療機関に対する支援策もあわせて講じられる必要がある。総体として良質な診療成果を発揮する医療機関に人材が集中し、安全性の向上、さらなる医療の質の向上が推進される。我々医療提供者は、このような制度設計が可能となるよう、自ら、医療の質の向上と、情報開示に努めなければならない。