

療養病床の転換と収支の変化(1)(年額)

年額(単位:千円)		医療療養病床 1)	経過型介護療養医療施設		従来型老健
			看護8:1	看護6:1	
(従来型個室の場合)					
総収入		992,479	882,713	895,774	842,916
総費用	人員整理不可	949,542	949,542	949,542	949,542
	人員整理可		877,370	894,835	846,017
総収支差額	人員整理不可	42,937	-66,829	-53,767	-106,625
	人員整理可		5,343	939	-3,100
総利益率	人員整理不可	4.3%	-7.6%	-6.0%	-12.6%
	人員整理可		0.6%	0.1%	-0.4%
(多床室の場合)					
総収入		992,479	926,064	939,126	873,770
総費用	人員整理不可	949,542	949,542	949,542	949,542
	人員整理可		877,370	894,835	846,017
総収支差額	人員整理不可	42,937	-23,478	-10,416	-75,772
	人員整理可		48,694	44,290	27,753
総利益率	人員整理不可	4.3%	-2.5%	-1.1%	-8.7%
	人員整理可		5.3%	4.7%	3.2%

1) 中医協「第16回医療経済実態調査」(2007年6月);療養病床60%以上の一般病院。

2009年改定で1施設当たり年間3,300万円の増収で人員整理できれば、
年間392万円～2624万円の増益

療養病床の転換と収支の変化(2)(年額)

年額(単位:千円)		介護療養型老人保健施設			
		介護6:1		介護4:1	
		~08年3月	09年4月~	~08年3月	09年4月~
		(従来型個室の場合)			
総収入		862,010	895,011	872,555	905,556
総費用	人員整理不可	949,542		949,542	
	人員整理可	855,339		883,794	
総収支差額	人員整理不可	-87,532	-54,530	-76,987	-43,985
	人員整理可	6,671	39,673	-11,239	21,763
総利益率	人員整理不可	-10.2%	-6.1%	-8.8%	-4.9%
	人員整理可	0.8%	4.4%	-1.3%	2.4%
		(多床室の場合)			
総収入		892,863	925,865	903,408	936,410
総費用	人員整理不可	949,542		949,542	
	人員整理可	855,339		883,794	
総収支差額	人員整理不可	-56,678	-23,677	-46,134	-13,132
	人員整理可	37,525	70,526	19,615	52,616
総利益率	人員整理不可	-6.3%	-2.6%	-5.1%	-1.4%
	人員整理可	4.2%	7.6%	2.2%	5.6%

2009年介護報酬改定で、総利益率が3.4~4.1ポイントの改善。

診療報酬体系の課題と将来

はじめに

厚生労働省の保険局医療課長の引き継ぎは概ね30分と聞いたことがあるが、3・16%とマイナスとなった2006年度改定は積み残しが多い。あやふやな解決となった「リハビリ打ち切り」問題、「入院基本料7:1」新設による「無秩序」の看護師獲得競争や療養病床再編にまつわる医療区分の大幅引下げの余波など問題は山積だ。

歳入歳出一体改革が進行されるか未定だが、経済財政諮問会議との申し合わせでは、社会保障費は国と地方を合わせた公費ベースで、年間3200億円削減するという。「賁すれば鈍する」と言うが、年金不払いとコムソンの介護難民で身動きがとれない当局は、4回

連続の「マイナス改定」を断行するかもしれない。そうすると、論点はどこを切り詰めるか、すなわち「医療費の分配」にシフトする可能性はある。一部新聞報道によると現在、厚生労働省では、病院勤務医の負担を軽減させるべく、次期診療報酬改定において、開業医が外来患者を時間外に診療した場合の加算を手厚くする代わりに、診療所の初・再診料を引き下げる議論を進めているという。

医療費の分配と言えば、2008年度から始まる後期高齢者医療制度も争点だ。というのは、保険者は「登録医制による人頭払い」や包括化の拡大を主張するのに対して、医療提供側は、むしろ後期高齢者の方が手間がかかることから加算の拡大や出来高払いの堅持を唱えているからである。次期改定の

一番大きな目玉は、後期高齢者に一番大きな診療報酬体系だろう。奇しくも国の社会保障審議会「後期高齢者の在り方に関する特別部会」は、今秋にまとめる後期高齢者の新たな診療報酬体系の骨子づくりに向けての議論を再開した。そこで本稿では、わが国の後期高齢者にふさわしい診療報酬体系とはどんなものか、一定の私見を述べることにする。

1 後期高齢者の診療報酬体系のポイント

「歴史は繰り返す」と言われるが、実は1982年に老人保健法が制定された際、「老人の心身の特性にふさわしい合理的な診療報酬の設定」が国会にて附帯決議として採択された。翌83年には「老人

診療報酬」が作られた。しかし、老人診療報酬は在宅医療の分野や認知症患者療養指導、あるいは入院基本料など、一部で特化した項目はあったが、最終的には2006年改定で、一般診療報酬に一本化された。その理由は、一般と老人の点数表が実質的に近似しており、両者を分ける必要がなくなったから。それが再び2008年4月に後期高齢者独自の診療報酬体系が整備されるという。であれば、新制度の診療報酬体系は、少なくとも次の基本方針に従って構築する必要がある。

1. 制度創設によって、世代間の公平感が保持されること
2. 制度自体が、後期高齢者の心身の特性に合致した内容であること

3. 設定される診療報酬が、後期高齢者への医療提供を担保できるものであること

より具体的には次の3点がポイントとなる。

- (1) 後期高齢者の特性を踏まえること、プライマリケアや基礎疾患の日常的医学管理については包括化が可能と思われるが、急性発症の疾患や急性増悪に対する治療の包括算定は困難である。
- (2) 高額薬剤や点数の高い処置・手術は包括化されると、医療機関の持ち出しになるので、出来高算定が望ましい。
- (3) 急性期病院に適用されているDPC (Diagnosis Procedure Combination) については後期高齢者も対象とするが、その特性を踏まえて一定の配慮を行う。

2 後期高齢者の入院医療費分析

それでは、DPCによる包括評価ではどんな配慮が必要になるだろうか。ここで気になるのは、そもそも75歳以上の後期高齢者にかかる1症例当たり医療費が、75歳未満のそれと比べて高いかどうか

だ。一般に75歳以上の後期高齢者には、投薬・処置などを使う傾向があり、DPCによる包括対象内医療費が高いとされるが本当だろうか。

本分野の「病院可視化ネットワーク」では、2004年度から2006年度まで全国の86の急性期病院から回収したDPC関連データ(様式1およびE・Fファイル)を使用し、一定の検証を行ったのでその結果を紹介する。なお、分析対象には重要性の観点から3大疾患の悪性新生物・心疾患・脳血管疾患をとりあげた。

結果と考察

75歳以上の後期高齢者に関して特筆すべきことを要約すると、次のようになる。

- 疾患ごとの1症例当たり医療費悪性新生物は高いが、心疾患・脳血管疾患の場合は低い。
- 手術美症例のみに限った医療費当該疾患について手術の有無に分けて医療費を分析すると、「手術あり」では75歳未満が高く、「手術なし」では75歳以上が高いという傾向がはっきりと見て取れた。
- 在院日数及び1日当たり医療費悪性新生物の死亡退院例を除い

て、全ての疾患で有意に長かったが、1日当たり医療費は低い。この分析で興味深いのは、悪性新生物では確かに75歳以上の医療費が高いが、心疾患や脳血管疾患では、後期高齢者の方がむしろ低いという結果である。マクロ的に見ると、75歳以上の年間医療費は81・5万円で75歳未満の19・8万円より4倍も高いが、ミクロの視点で分析するとむしろ逆転するのだ。

ただし、本分析は731のDPC実施・準備病院をすべて網羅するものではないので、その解釈は慎重を要する。とは言え、今後DPCによる1日定額払いを継続するということであれば、75歳以上の特性である①在院日数が長い、②入院時疾患併存率が高い、③入院後疾患発症率が高いの3点を十分に留意し、現行の25%タイロ値や加算等の再編が必要になるだろう。

死亡前医療費の分析

また、本分析では75歳以上の特性として、死亡前1日当たり医療費が低いことも確認された。特に、死亡前1週間は悪性新生物の死亡1〜2日前を除いて、心疾患・脳

血管疾患ともに75歳未満の医療費より低くなっている。これは意外にもDPCを導入している急性期病院でも、75歳以上の後期高齢者には、一定の「節度ある医療」が行われている証左ではないだろうか。

国は、死亡前1か月のデータ(平均112万円で入院は約41万円)をベースに、終末期医療は約9000億円とラフに推計している。これに対して、筆者らの推計ではDPC病院で、死亡前1週間に悪性新生物で32・8万円、心疾患で38・9万円、脳血管疾患で22・3万円かけている。

最期のステージをどう送るかは、各人の死生観を伴うが、ポイントは、その処置内容である。図(53頁参照)に、悪性新生物の中で一番症例数の多かった「気管、気管支及び肺の悪性新生物」において死亡1週間前の後期高齢者に最も多くの医療費を使用した病院で症例の50%以上に対して行われた処置内容を示す。併設する緩和ケア病棟で一連のターミナル・ケアが行われていることがわかる。医療の本身は、医師のプロフェッショナル・フリーダムに依拠するので介入しにくいのが、当該医療費

3 長期療養患者の包括支払方式

を金額に換算すると療養病床の約1か月分の医療費に相当する。であれば、DPC病院から療養病床へ入院患者をシフトさせる選択肢も検討に値するのではないかと見られる。

そもそもわが国では、1990年(平成2年)4月から介護体制の整った老人病棟を対象として、長期療養患者に対する老人入院医療管理料制度が導入された。これは、投薬、注射、検査、看護をひとまとめにして、老人1人1日当たり一定額を支払うという方式である。

しかし、この方式だと、病院側が重症度の患者を受け入れる経済的インセンティブがなく、また、手間のかかる老人の「たらい回し」が起る危険性が指摘された。また、この支払方式は、看護師や看護補助者の頭数に応じて金額の大小が決まっているので、看護の質の向上が期待できないという批判もあった。そこで、わが国でも長期療養患者の属性を反映した包括支払方式の検討がなされてきた。

口腔状態の改善が医療費の削減に貢献することが叫ばれているが、食べることはお年寄りの「生きがい」のみならず、嚥下障害の防止という意味合いもある。後期高齢者については、歯科と歯科との連携を図る、いわゆる「エピソード払い」が求められる。

折しも、2000年4月に導入された公的介護保険には、要介護状態の認定方法も加わり議論はますます複雑化している。その象徴的な出来事が、2006年7月に導入された、医療療養病床の区分である。

根本的な問題は、理論上、ケイスマックスは3つの医療区分にA、D、Lの区分を組み合わせた9区分に認知障害加算を加えた11分類存在するが、診療報酬は5段階しかないこと。さらに、実測されたコストと随分乖離した診療報酬となっており、施設経営者のモチベーション(動機付け)低下につながっている。

どの部分までが「医療」で、どの部分から「介護」という線引きはなかなか難しいが、将来的にわが国の病院を急性期病床と慢性期・長期療養病床に分離しようと言うならば、それぞれの病床と入院患者の属性とがうまくマッチするケーススマックスを開発することが急務となるだろう。具体的には、急性期患者には、DPCを適用することが可能だが、いわゆる「社会的入院」に代表される長期療養患者にはDPCと異なる新たな患

5 「質の向上と効率化」

いずれにしても、わが国の高齢化のスピードや今の財政状況を考えると、今後の医療界のキーワードは「医療の質の向上と効率化の同時達成」になる。一般に医療にかけるコストと死亡率(リスク調整済み。以下同じ)とはトレードオフにある。しかし、同じ死亡率でもこれに要するコストにはばらつきがある。これは裏返せば、わが国の病院が比較的安い医療費でそれなりの実績を上げることができている証左ではないか。

事実、米国では65歳以上を対象とした老人保険制度を司るCMS (Centers for Medicare and Medicaid Services) が「pay for performance」(一定の治療成績に加算をつける)という政策を検討中である。わが国でも質の向上と効率化(低

者疾病分類が必要になるだろう。08年4月には、いわゆる「転換型老健」への移行意欲を高めるために、前倒して介護報酬の改正もなされるようだが、今回こそ「医療」と「介護」との整合性を図るべきである。

4 外来・在宅診療報酬の課題

以上、入院医療について述べてきたが、外来・在宅の診療報酬はどうすればよいだろうか。

2005年社会医療診療行為別調査によれば、1日当たりの外来診療費は一般医療が657・0点であるのに対し、老人医療は726・6点となっている(約1・11倍)。同時に、レセプト1件当たりの受診日数は一般が1・71日、老人が2・28日で、約1・33倍の開きが見られる。診療区分別に精査すると、老人は在宅医療「投薬」「処置」の項目で、一般と大きな格差がある。高齢者の心身の特性から考えると、こうした点が高齢者外来医療の特徴であると言えよう。

2005年の患者調査概況(厚

生労働省)によれば、全年齢の10万人対比外来受療率が5551人であるのに対し、75歳以上の後期高齢者のそれは1万3086人(約2・36倍)となっている。

70歳以上の患者の複数受診はつとに有名だが、2006年度診療報酬改定では、こうした複数診療科受診の際に同日初診料(135点)が算定できるよう、項目新設を行ったが、これが実態にそぐはない。というのは、同日初診料算定に該当する高齢者はほとんどなく、複数診療科受診の大半が再診だからである。つまり高齢者の特性である「多様な疾患の治療が必要」という状況は、一過性のものではないということ。いったん発症した疾患は長期的な治療が必要であり、その実態に対応した診療報酬制度が求められる。まさに、高齢者には医療の「持続性」が求められるわけである。

他方、後期高齢者の外来受診率の適正化には、迅速検査の加算や「総合診療管理料(仮称)」の新設が急務である。国の公表資料によれば老人の外来受診率は若人の2・7倍になっている。ここで興味深いのは、わが国の高齢者に関

医療費(低医療収入)の同時達成を実施している医療機関には一定の経済的インセンティブを検討してもよいのではないかと。特に後期高齢者の医療では、医師が関与できる部分は限られ、他の職種との

チーム医療に負うところが大きい。そこで今後は「多職種協同」によって一定の成果をあげている試みを評価する「成果主義」の考

図 「気管、気管支及び肺の悪性新生物」における死亡1週間前の処置内容

項目	7日前	6日前	5日前	4日前	3日前	2日前	1日前
リンデロン錠 0.5mg	70円	70円	70円				
ボルタレン錠 25mg						50円	50円
ロキソニン錠 60mg	70円	20円					
塩酸モルヒネ注射液 1% 1ml	960円	960円	960円	960円	960円	960円	320円
塩酸モルヒネ注射液 1% 5ml				1,450円	1,450円	1,450円	1,450円
ロビオン注 50mg 5ml	270円	810円	810円	810円	810円	810円	810円
ソリター-T3号 500ml	200円	200円	200円	200円	200円	200円	200円
リンデロン注 4mg(0.4%)	340円	340円	340円	340円	340円	340円	340円
生理食塩液「ヒカリ」100ml	100円	290円	190円	190円	100円		
ヘパラッシュ10 単位/mLシリンジ 10mL					170円		
液体酸素・定置式 液化酸素貯槽 (CE)	780円	780円	260円	780円	780円	780円	520円
酸素吸入	650円	650円	650円	650円	650円	650円	650円
経皮的動脈血酸素飽和度	300円	300円					
緩和ケア病棟入院料	3.78万円	3.78万円	3.78万円	3.78万円	3.78万円	3.78万円	3.78万円
一般病棟入院期間加算(14日以内)	4,280円	4,280円	4,280円	4,280円	4,280円	4,280円	4,280円
栄養管理実施加算	120円	120円					