

第9回社会保障制度改革国民会議 提出資料

遠藤久夫

資料1

病院・病床機能の分化

—医療法と診療報酬の比較—

病院・病床機能の区分における医療法と診療報酬の関係

医療提供体制の改革の基本方向は、病院・病床の機能を細分化し、①各機能区分において平均在院日数の短縮、②機能区分ごとの医療資源の投入にメリハリをつける、③連携の推進、と集約されるが、病院・病床の機能分化の方法としての医療法と診療報酬について現状と展望を示す。

(現状)

- 病院・病床の機能区分は原則として医療法によるが、診療報酬により(施設基準等と報酬額の組み合わせることで)事実上の機能区分が行われる。
- 医療法による機能分類より、診療報酬による機能分類の方が多様で数が多い。
- 診療報酬による機能区分は、医療法による機能区分と連携しているものもあるが、医療法とは独立に機能区分するケースが多い。
- 新規の機能区分の策定や既にある機能区分の見直しについて、法律改正を伴う医療法は2年毎に改定がある診療報酬と比較して柔軟性・即時性に劣る。
- 医療機能の地域偏在の是正については、診療報酬は原則として全国一律なので効果はないが、医療法改正では地域医療計画と関連させることにより是正効果は期待できる。

(展望)

- 医療法による機能分化と診療報酬による機能分化のそれぞれの特性を生かしながら、これまで以上に相互補完的に連携して医療提供体制の改革を進めるべき。
- 現状は診療報酬による実質的な機能区分の方が細分化され種類も多いが、地域偏在の是正の視点から医療計画を含めた医療法による機能分化の重要性を見直すべき。
- しかしながら、医療法改正による地域医療計画の見直しには相応の時間を要することから、改革速度を速める意味で、まずは次期診療報酬改定において、診療報酬の特性を活かした、機能分化のための取組を実施し、しかる後に地域医療計画と連動させるべき。

(参考)

	医療法	診療報酬
機能区分との関係	<p>○病院・病床の機能区分は本来医療法が決定する。</p> <p>○医療法による機能区分の数は多くない。</p> <p>○医療法による機能区分も診療報酬による裏付け（インセンティブ）がないと進まない。</p>	<p>○診療報酬で施設基準等と報酬額の組み合わせることにより事実上の機能区分が行われる。</p> <p>○医療法による機能区分以外にも独自の「機能区分」が多数ある。</p> <p>○価格誘導であるため機能分化に及ぼす効果は大きい。</p> <p>○病院単位、病棟単位で詳細な区分が行われている。</p>
機能区分の例	<p>(病院)</p> <ul style="list-style-type: none">・ 地域医療支援病院・ 特定機能病院 <p>(病床)</p> <ul style="list-style-type: none">・ 一般病床・ 療養病床・ 精神病床・ 結核病床・・ 感染症病床	<p>(病院)</p> <ul style="list-style-type: none">・ DPC対象病院・ 在宅療養支援病院 <p>(病棟)</p> <ul style="list-style-type: none">・ 7対1入院基本料・ 10対1入院基本料・ 亜急性期入院医療管理料・ 回復期リハビリテーション病棟入院料・ 特定機能病院入院基本料・ 地域医療支援病院入院診療加算等
内容の見直しの特徴	<p>○原則として法律改正が必要なため柔軟性・即時性は低い。</p>	<p>○法律改正を必要としない告示であり、2年に1回改定される。</p> <p>○実情に応じて報酬額や施設要件等は適宜見直される。</p>

	医療法	診療報酬
機能分化を進める上での政策ツールとしての特徴	<p>○必ずしも十分に機能しているとはいえない。</p> <p>○（医療法で定められている）療養病床の再編計画（＝療養病床を減らして介護施設に転換）においても中心的な政策ツールは診療報酬政策であった（＝医療必要度の低い患者の入院基本料の引き下げ等）。</p>	<p>○政策目標に沿う形で診療報酬改定が行われる。</p> <p>（平均在院日数の短縮）</p> <ul style="list-style-type: none"> ・入院基本料を平均在院日数に応じて逡減させる ・退院支援の評価（連携強化） ・地域連携パスの評価（大病院の外来患者の抑制） ・紹介患者割合による報酬の引き下げ
地域偏在の是正に対する有効性	<p>○医療法で定められている地域医療計画において、機能分類毎の病床数の上限を設定することにより地域偏在を是正させる可能性は期待できる。</p>	<p>○診療報酬は原則として全国一律なので地域偏在の是正の効果はない。</p> <p>※平成24年診療報酬改定において医療資源が不足している地域での要件緩和の特例が設けられた。</p>

資料2 日本^の医療費管理

医療費管理の概要

○わが国の医療費は、結果として経済成長と大きくかい離しないようにある程度コントロールされてきた。したがって、機械的に医療費の総枠を管理する方式を改めて導入する根拠は乏しいのではないか。

○国民医療費の対国民所得比は長期的には上昇傾向にあるが、これは経済成長が大きく低下した時期(オイルショック、バブル崩壊、リーマンショック)に、上昇したものであり、国民医療費伸び率が上昇しているのではない。長期的には、経済成長の鈍化に伴い国民医療費の伸び率も低下しており、2000年代の医療費伸び率は皆保険成立以降、最低水準にある。

○医療費の伸び率管理に用いられた手法は多様である。わが国の医療費の対GDP比は先進国中低い水準なので抑制策の選択も慎重にならざるをえない。そのため、先進諸国の平均値と比較してわが国の実態が大きくかい離している領域が医療費抑制の分野とされてきた。

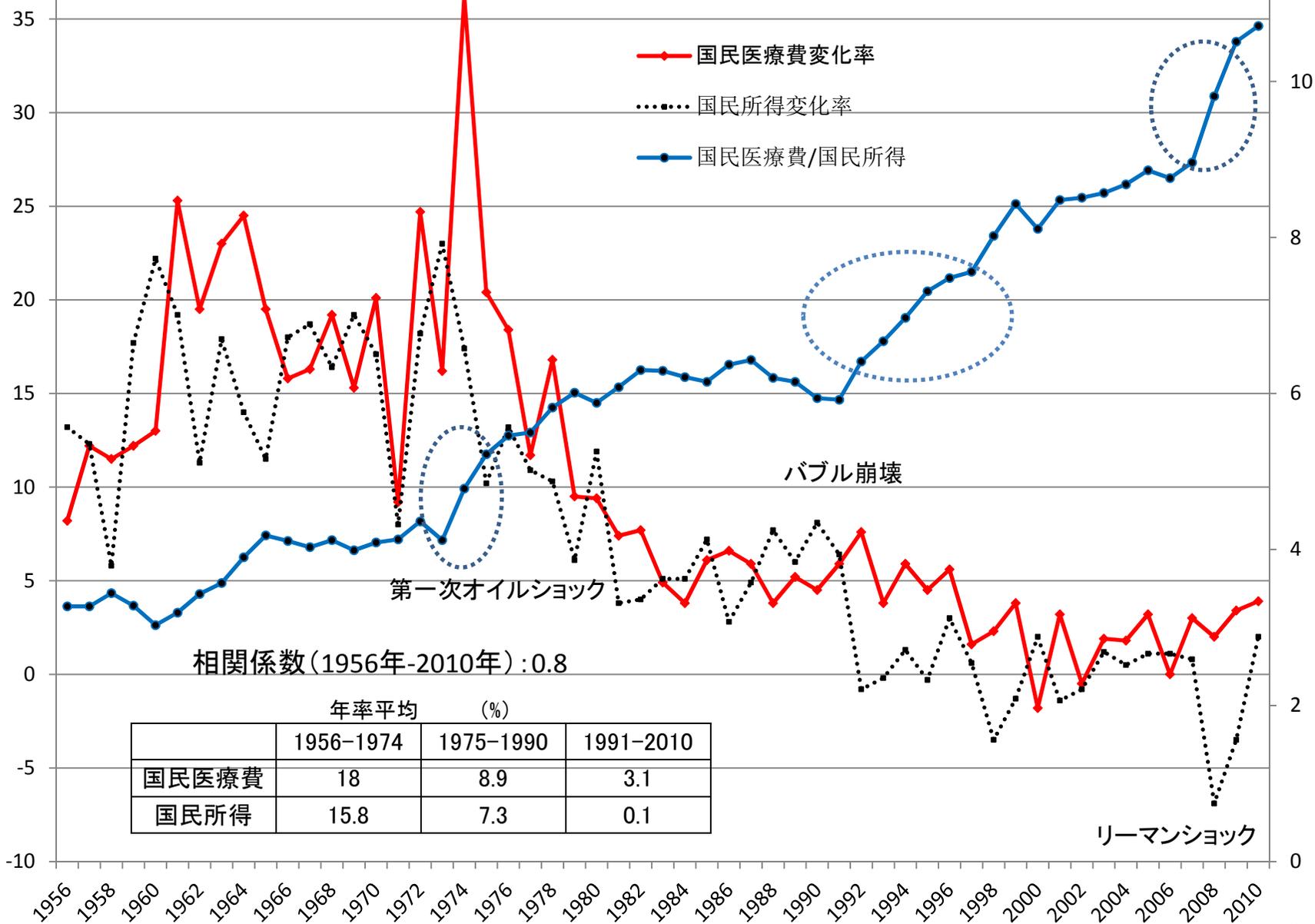
具体的には、「薬剤費比率が大きかったことからR幅の引下げ、後発品の使用の促進」「病床数が多いことから増床抑制と介護施設への転換誘導」「平均在院日数が長いため短縮化への誘導と連携の強化」「在宅医療の充実」「入院医療の評価を出来高から包括へシフト」等がある。

○医療費の伸び率に即時的に影響を与えるのが診療報酬の改定率(価格政策)政策である。「失われた20年」における医療費の伸びの抑制に用いられたのがマイナス改定で、それにより、経済成長率と医療費伸び率のかい離は縮小したが、一方で医療提供体制にネガティブな影響を与えた可能性も否定できない。

(%)

(%)

国民医療費変化率、国民所得変化率、国民医療費/国民所得の推移



○国民皆保険制度確立以降、国民医療費伸び率と国民所得の相関は高い
(相関係数0.8)

⇒いわゆるキャップ制を行わなくても経済成長と大きくかい離しないような医療費管理政策がとられてきたと考えるべき。

○高度成長期:経済成長率より国民医療費伸び率が大きい

⇒医療提供体制の整備(「保険あって医療なし」を回避)

○安定成長期:経済成長率と国民医療費伸び率がほぼ均衡

○低成長期(失われた20年)

・1990年代は医療費伸び率を経済成長率が大きく下回る。医療費伸び率は急速には低下できなかった。

・2000年代は医療費伸び率を抑制して経済成長率とのかい離が縮小。
⇒医療費伸び率は皆保険成立後、最低水準＝医療提供への影響。

○国民医療費/国民所得の値は上昇傾向にあるが、その理由は以下の時期の経済成長率の急速な低下によるものであり、国民医療費の伸び率が上昇しているためではない。

・第一次オイルショック ・バブル崩壊 ・リーマンショック

医療費適正化策(医療費の増加の抑制方法)

[医療提供体制]

これらの施策の実施には、診療報酬改定、(医療法等)法律改正、補助金等の手法を用いるが、診療報酬によるインセンティブが最も有効だったといえる。

(1)一般病床の機能分化の推進

○平均在院日数の短縮: 平均在院日数 平成12年:24.8日 ⇒平成21年:18.5日

○入院患者の特性と診療報酬の対応:7対1看護基準の創設

(2)医療機関相互および医療と介護の連携

○地域連携クリティカルパスの拡大(対象疾患の拡大、医療と介護の連携)

○退院調整の充実

(3)療養病床の再編

○医療療養病床削減は診療報酬による誘導

○介護療養病床は廃止予定(延期)

(4)在宅医療の促進

○在宅療養支援診療所・在宅療養支援病院推進のための診療報酬上の誘導

○医療計画に在宅医療を加える

(5)後発品の使用促進 平成24年までに数量シェア30%を目標

○処方箋様式の変更

○後発品処方、調剤等に対する診療報酬上の優遇

医療費適正化策(医療費の増加の抑制方法)

[価格政策]

(1)患者自己負担率の引上げ

(2)診療報酬改定率のマイナス改定

○改定のない年は医療費は3%の増加

(3)薬価改定率

○かつてはR幅の縮小：平成4年:15% ⇒ 平成12年:2% 限界

○新薬創出加算は薬剤費増加要因

○包括化の進展の中で薬剤費が見えなくなっている。

[予防政策]

(1)特定健診・保健指導の促進

○医療費抑制の正攻法だが効果は中長期的視野で。

①平均在院日数の短縮、②後発品使用促進、③特定健診が医療費適正化の主要政策だといわれるが、最も直接的に医療費の増加を抑制するのは価格政策(=診療報酬の改定率)であった。

しかし、医療はコスト削減が難しいため、診療報酬のマイナス改定は医療収益の悪化となって現れ、不採算部門の閉鎖等、医療提供体制への悪影響につながる可能性は否定できない。

医療費のコントロール手段としての診療報酬改定率

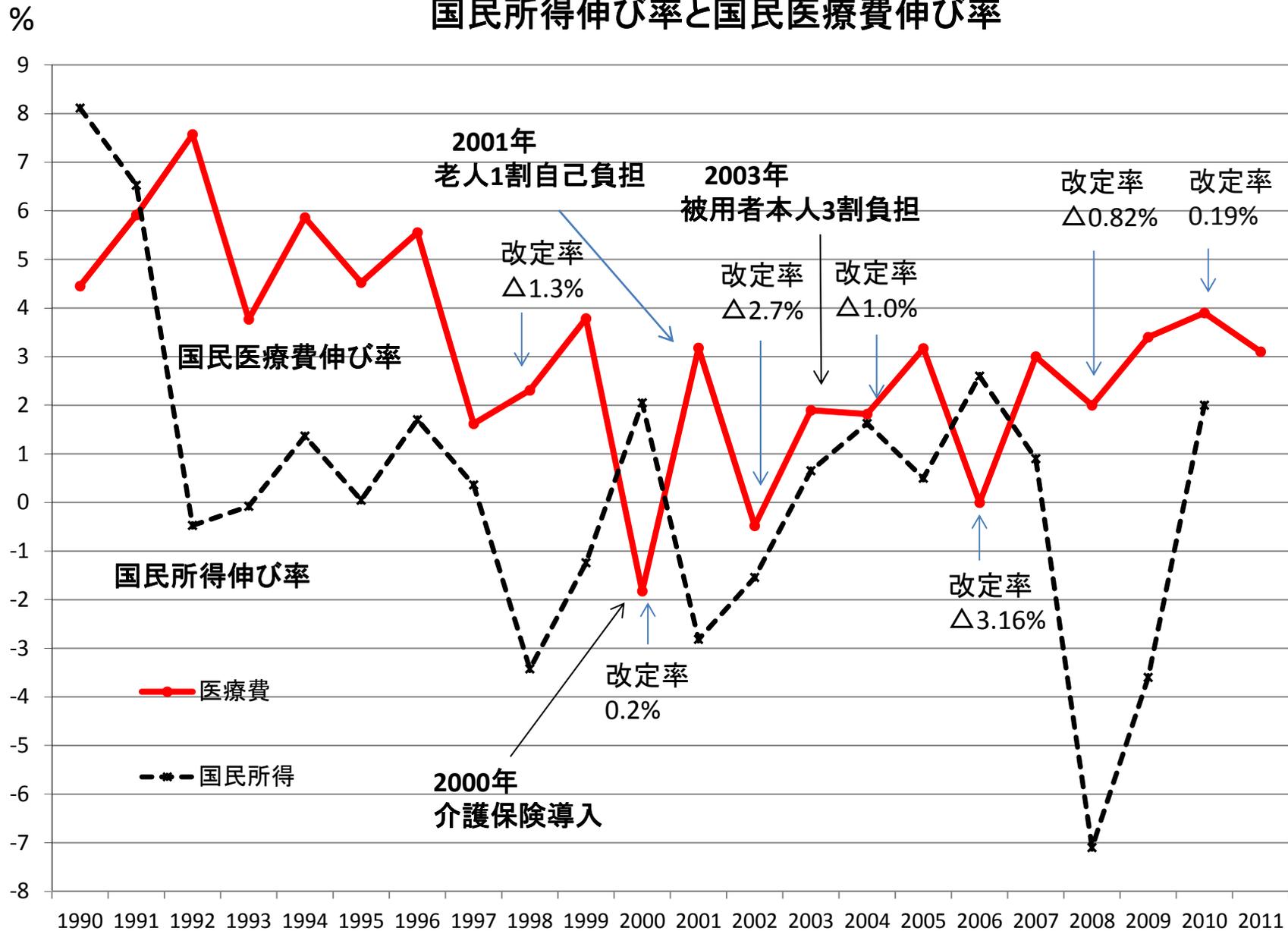
○バブル崩壊に伴い1990年代は国民医療費伸び率と国民所得伸び率が大きくかい離した。

⇒2000年代にマイナス改定(2002年△2.7%、04年△1.0%、06年△3.16%、08年△0.82%)が続き、国民医療費の伸び率を抑えた。その結果、医療費伸び率と国民所得伸び率のかい離幅は縮小した。

○医療提供体制の疲弊が注目されたこともあり、2010年0.19%、2012年0.004%とマイナス改定からの脱却。その結果、2010年の医療費伸び率は4%に上昇。

○2000年以降は、(自己負担引き上げ等の制度改革がなく、)診療報酬改定のない年度(奇数年)の医療費伸び率は3%。

国民所得伸び率と国民医療費伸び率



国民医療費：2009年度までは国民医療費(統計情報部)、2010年度以降はMEDIAS
 国民所得：2010年度までは実績、2011年度は実績見込み

診療報酬改定率と病院の医業収益率

医療はコスト削減が難しいため、診療報酬のマイナス改定(=価格引き下げ)の影響が収益率の悪化となって現れる。

(理由)

○医療の特性上、労働集約的な事業であり、労働力の多くが不足基調が続いている専門職であるため人件費の圧縮が難しい。(病院の費用の5割強は人件費)

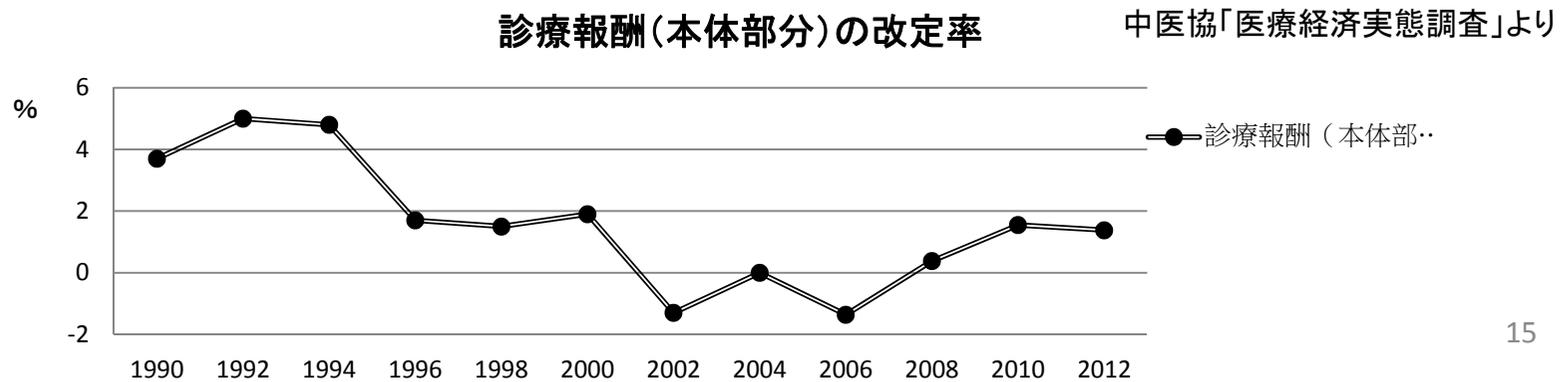
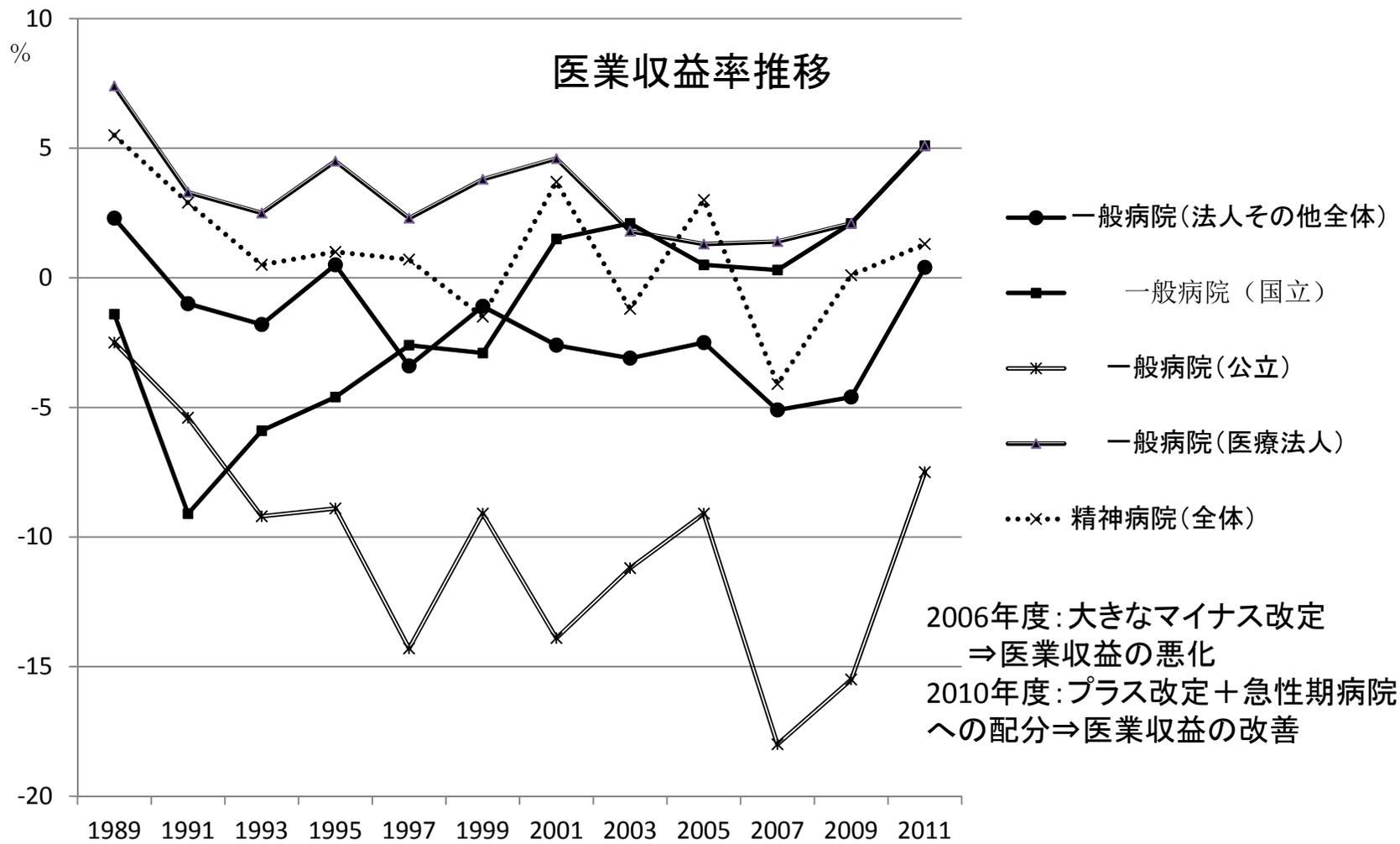
○医療は基本的にはオーダーメイドであるため、単純な標準化・規格化によるコスト削減が難しい。

○これまでの抑制策で一定程度のコスト削減が図られてきた。

マイナス改定は医業収益の悪化を通じて、不採算部門の閉鎖等、医療提供体制へ悪影響につながる可能性は否定できない。

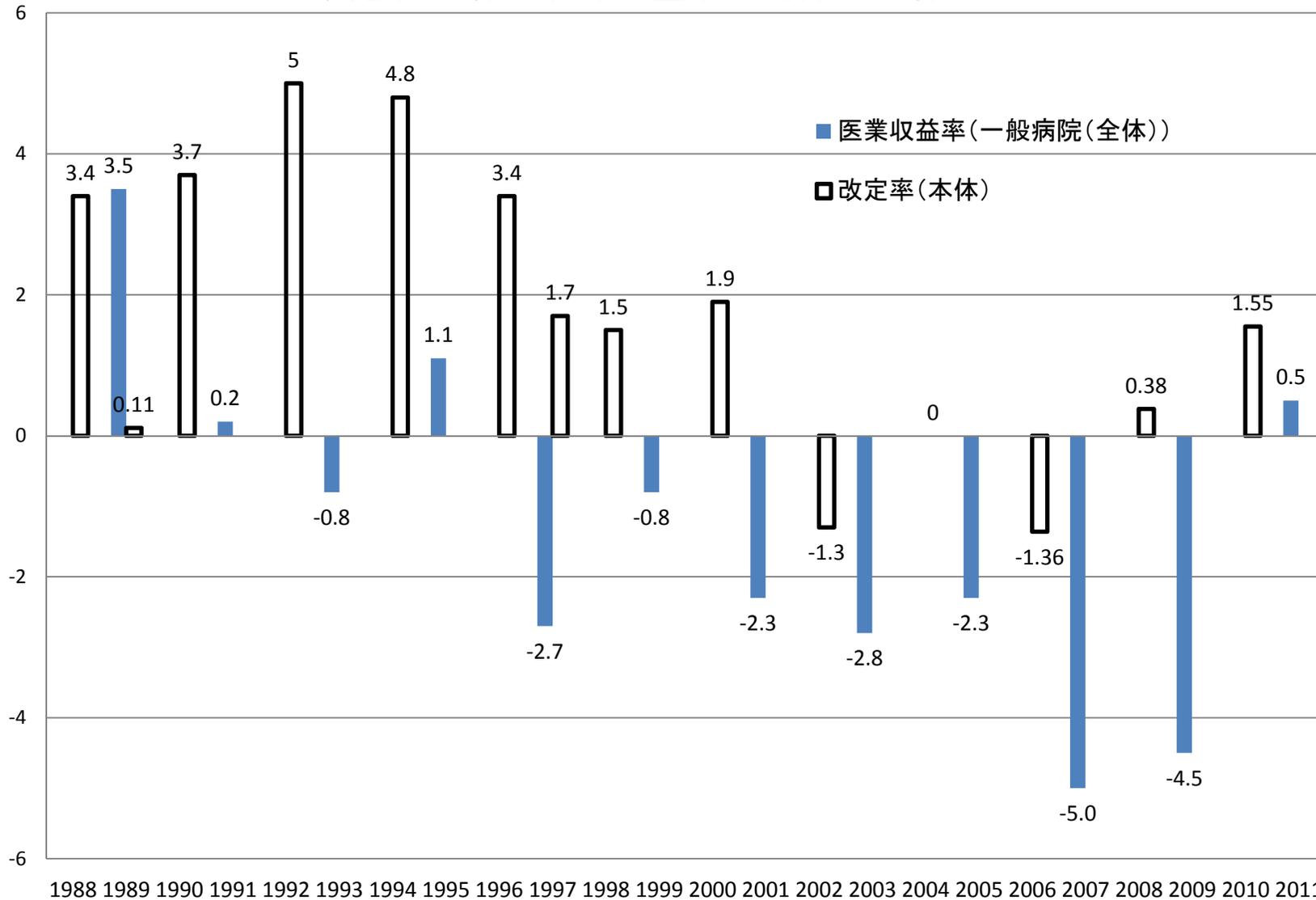
改定率(本体部分) 2006年: $\Delta 1.36\%$ \Rightarrow 2010年: 1.55%

医業収益率 2007年: $\Delta 5.0\%$ \Rightarrow 2011年: 0.5%



(%)

改定率(本体)と医業収益率(一般病院全体)



資料3

後期高齢者支援金の総報酬割

医療保険関係者の間においては、これまで「総報酬割にすべきかどうかは高齢者医療制度全体の中で検討すべき」という意見に加え、全面総報酬割に移行した際に生ずる約2000億円の財源について、「協会けんぽの国庫補助率20%の引上げに使うべきとの意見や、前期高齢者の給付費に充当することによって被用者保険全体の負担軽減を図るべきとの意見」もあった。今後の検討において、こうした意見も考慮すべきである。

(参考) 社会保障審議会医療保険部会「議論の整理」(平成25年1月9日) 抜粋

○ 総報酬割は、所得に関わらず保険料率が平準化されるため、最も公平な制度であることから、将来的には全面総報酬割に移行すべきとの意見が多かった。他方、総報酬割は被用者保険者間の負担の付け替えでしかなく、納得できないという意見もあった。

○ 総報酬割とすべきかどうかは、所得格差の状況を含め医療保険制度全体の負担の公平性に関する議論が必要であり、社会保障制度改革国民会議等における高齢者医療制度全体の議論の中で検討すべきとの意見があった。また、全面総報酬割に移行する際は、高齢者医療制度への公費拡充等の改革とセットで議論されるべきとの意見があり、協会けんぽに投入されている公費のうち、全面総報酬割によって不要となる部分について、協会けんぽの国庫補助率20%の引上げに使うべきとの意見や、前期高齢者の給付費に充当することによって被用者保険全体の負担軽減を図るべきとの意見があった。

資料4 市町村国保の都道府県単位化について

○市町村国保の都道府県単位化を検討する上では、保険料や運営コスト、保険者機能におよぼす影響等を総合的に考える必要がある。特に、3,500万人の被保険者の保険料に影響があるため、27年度から実施される共同事業の拡大による保険料の平準化の状況を見ながら、次のステップを検討するのが適当だと考える。

※社会保障審議会医療保険部会の議論を踏まえ、昨年国保法改正が行われ、平成27年度から市町村国保の都道府県単位の共同事業が拡大されることとなったが、保険料が低い市町村で大きく保険料が上昇しないよう、都道府県が財政調整を行い、激変緩和措置を講ずることになっている。

○市町村国保の低所得者に対する財政支援の強化を早期に実施すべきである。