

高齢期を支える保健医療システムに関する一考察
～後期高齢者にふさわしい診療報酬体系の構築に向けて

東京医科歯科大学大学院
医療経済学分野 教授 川淵 孝一

平成 19 年 2 月

目次

第1章	今、なぜ後期高齢者なのか？～求められる「包括ケア」システムの導入	2
第2章	最適な「エピソード払い」とは	11
第3章	後期高齢者にふさわしい診療報酬体系をいかに作るか	22
第4章	長期療養患者に対する包括支払方式	32
第5章	後期高齢者にふさわしい外来診療報酬とは	43
第6章	在宅で“看取る”ための診療報酬体系とは～在宅専門医からの政策提言	55
結語	に代えて	75

第1章 今、なぜ後期高齢者なのか?～求められる「包括ケア」システムの導入

■はじめに

医療制度改革関連法が第164通常国会で、成立した。国会に提出してからわずか4ヶ月、しかも無修正の成立である。

改正法は大きく3段階で実施される。まず2006年10月から、保険外併用療養費の導入、医療療養病床の食費・居住費負担、地域健保組合を実施。第2段階は2007年3月、後期高齢者医療の広域連合を各都道府県に設立、中医協の委員構成を改め団体推薦規定を廃止。最終段階は2008年4月、高齢者医療制度と医療費適正化計画がスタートする。このあとも08年10月に政管健保の公法人化（都道府県単位の財政運営）、2012年3月には介護療養型医療施設の廃止と続く。まさに、日本版「ヘルスケア・リフォーム」の始まりである。

どれも大きな構造改革だが、この中で、最も大きな制度改正と言えば75歳以上の後期高齢者を対象にした医療制度の創設だろう。介護保険同様、お年寄りから医療保険料を徴収することになる。所得水準や住所地にもよるが、介護保険料とあわせて、平均して月間1万円を超えることが予想される。後期高齢者と言えども相当の負担を課すのは、わが国は今後、2006～2012年のわずか6年間で75歳以上人口が23.6%も増える（国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口（平成14年1月推計）」）からである。事実、32兆円を超えたわが国の2004年度の国民医療費を見ても、75歳以上の医療費は、9兆200億円と全体の約3割を占めている。一人当たり医療費で見ると、2004年度では、64歳未満が15万2,700円なのに対し、65歳以上は65万9,600円、75歳以上の後期高齢者では、81万5,100円と若人の5倍を超える。

したがって今後は、高齢者、特に75歳以上の医療費をどう適正化するかが国民的課題になるだろう。後期高齢者の急増はわが国の医療界のみならず社会全体に重大な影響を及ぼすと考えられる。その理由は、75歳をすぎると、加齢に伴い要介護高齢者の発生率が急激に高くなるからである。実際、虚弱・痴呆・寝たきり老人の年齢階層別人口に占める割合を見ると、75～79歳になると、70～74歳に比べて要介護の発生率が2倍になっている。80歳以上になると発生率はさらに急速に上昇する。また、長期入院・入所者の構成割合をみても、後期高齢者は、大きなシェアを占めている。具体的には、6ヶ月を超える長期入院の高齢者患者のうち、その約7割は後期高齢者となっている。

75歳以上で一定の線を引く根拠は、診断群分類たるDRG（Diagnosis Related Group）でも証明できる。

図1-1は、日医総研が全国36の急性期病院からデータを回収して米国のAP-DRG（All-Patient DRG=641分類）の妥当性を検証したものである。このDRGを使って75歳以上の患者と75歳未満の患者の在院日数に差があるかどうかを統計的に検証したところ、症例数が100以上を有する79のDRGのうち、都合51のDRGについて、在院日数に有意があることが確認された（注1）。つまり、75歳を超えると、加齢に伴って在院日数が長く

なるのである。

2005年の患者調査を見ても同様の傾向が窺われる。年齢階級別に退院患者の平均在院日数を見ると、0～14歳が9.4日、15～34歳が13.2日、35～64歳が34日であるのに対して、75歳以上は56.9日となっている。傷病分類別に見ると、35～64歳の平均在院日数の2倍を超えるのは、①統合失調症及び妄想性障害、②神経系の疾患、③循環器系の疾患（高血圧性疾患、心疾患、脳血管疾患を含む）、④呼吸器系の疾患（喘息含む）、⑤筋骨格系及び統合組織の疾患、⑥尿路性器系の疾患、⑦損傷の中毒、⑧歯の補てつなどである。

■高齢者を対象とした医療費適正化政策の限界

それでは、どうしたら高齢者、特に75歳以上の医療費の増嵩を適正化できるだろう。通常、為政者がまず第一に考えるのは、高齢者の自己負担の引上げである。事実、06年10月以降、70歳以上の現役並みに所得のある高齢者については、自己負担割合が2割から3割に引き上げられた。また、2008年以降は、70～74歳の高齢者の自己負担は現行の1割から2割に引き上げられ、75歳以上のお年寄りも1割の自己負担が課せられる。

問題はこうした一連の医療制度改革の効果だが、内閣府の「構造改革評価報告書—医療制度改革」によれば、医療費の自己負担割合の増加によって患者が通院する日数にほとんど変化はなかったという（注2）。所得の高い高齢者の負担は2002年に1割から2割になったが、外来診療日数の低下はわずかで、「自己負担率上昇による外来診療日数削減効果は非常に小さい」としている。これは、所得の高いお年寄りの自己負担を2006年10月から、2割から3割に引き上げても「負」の影響はないことを示唆するものである。

他方、低所得者層が他の所得者層に比べて、特に自己負担率上昇によって外来診療日数が低下するという傾向はなく、70歳以上でも所得による影響の違いは統計的に認められなかった。

つまり、高齢者を対象とした医療費抑制策はあまり効果がないのである。

そこで、経済財政諮問会議によって提案されたのが、経済指標と連動した医療給付費の総額管理である。この案はとりあえず見送りが決まったが、高齢者医療費の推移いかんによっては再び浮上する可能性がある。

確かに医療費の伸び率に一定のたがをはめるという総枠予算制はドイツやフランスで広く採用されているが、中長期的な実効性は極めて乏しいと言わざるをえない。医療需要が不確実なことに加え、医療には絶えず割高な技術進歩が伴うからである。また、「諸外国に倣って人頭払いを導入しては」という提案もあるが、やみくもに医療費をコントロールしようとする医療の質の低下を招く恐れがある。なお国民健康保険中央会が2006年12月に発表した「かかりつけ医に係る診療報酬体系」は、わが国のフリーアクセスを制限するもので、その制度化には健康保険法第63条の32項、並びに国民健康保険法第36条の3項の改正（注3）が必要になる。

図 1-1

75歳で分割した場合の在院日数の正規性および差の検証（症例数各 100 以上の DRG について）

AP-DRG	AD-DRG 分類名称	正規性の有無		差の有無	
		75歳以上	75歳未満	検定方法	検定結果
1	開頭術, 年齢 18 歳以上, 外傷除く	○	○	P	○
12	変性神経系疾患	○	×	N	○
14	一過性(脳)虚血発作除く, 特異性脳血管疾患	×	×	N	○
15	一過性虚血発作および脳実質外(動脈)閉塞	○	×	N	○
25	合併症を伴わない, 発作(痙攣)および頭痛, 年齢 18 歳以上	○	×	N	○
39	硝子体切除を伴う, または伴わない, レンズの処置	×	×	N	×
42	網膜, 虹彩, レンズ等を除く, 眼内処置	○	×	N	○
47	合併症を伴わない, その他の眼疾患, 年齢 18 歳以上	×	×	N	×
65	平衡障害	○	×	N	○
69	合併症を伴わない, 中耳炎および上気道感染, 年齢 18 歳以上	×	×	N	○
80	合併症を伴わない, 呼吸器系の感染および炎症, 年齢 18 歳以上	○	○	P	×
82	呼吸器系の新生物	×	×	N	×
87	肺水腫および呼吸不全	○	○	P	×
88	慢性閉塞性肺疾患	○	×	N	○
89	合併症を伴う, 単純肺炎および胸膜炎, 年齢 18 歳以上	×	×	N	○
90	合併症を伴わない, 単純肺炎および胸膜炎, 年齢 18 歳以上	×	×	N	○
96	合併症を伴う, 気管支炎および喘息, 年齢 18 歳以上	○	○	P	○
97	合併症を伴わない, 気管支炎および喘息, 年齢 18 歳以上	×	×	N	○
122	急性心筋梗塞を伴う, 循環系疾患, 心血管合併症を伴わないもの, 退院	×	×	N	×
125	急性心筋梗塞を除く循環系疾患, 複合診断を伴わない, 心カテーテルを伴うもの	×	×	N	○
127	心不全およびショック	×	×	N	×
131	合併症を伴わない, 抹精血管疾患	○	×	N	○
133	合併症を伴わない, アテローム硬化	×	×	N	○
134	高血圧	○	○	P	×
138	合併症を伴う, 心臓不整脈および伝導障害	○	○	P	○
139	合併症を伴わない, 心臓不整脈および伝導障害	○	×	N	○
140	狭心症	×	×	N	○
148	合併症を伴う, 小腸および大腸の主要処置	○	×	N	×
149	合併症を伴わない, 小腸および大腸の主要処置	×	×	N	○
154	合併症を伴う, 胃, 食道, 十二指腸処置, 年齢 18 歳以上	×	○	N	×
155	合併症を伴わない, 胃, 食道, 十二指腸処置, 年齢 18 歳以上	×	×	N	×
162	合併症を伴わない, 鼠径および大腿ヘルニア処置, 年齢 18 歳以上	×	×	N	○
172	合併症を伴う, 消化器系の悪性腫瘍	○	×	N	×
173	合併症を伴わない, 消化器系の悪性腫瘍	○	×	N	○
175	合併症を伴わない, 胃腸管出血	○	×	N	×
178	合併症を伴わない, 非発癌性消化性腫瘍	○	×	N	○
180	合併症を伴う, 消化管閉塞	○	○	P	○
181	合併症を伴わない, 消化管閉塞	○	×	N	○
182	合併症を伴う, 食道炎, 胃腸炎, およびその他の消化器系疾患, 年齢 18 歳以上	○	○	P	○
183	合併症を伴わない, 食道炎, 胃腸炎, その他の消化器系疾患, 年齢 18 歳以上	×	×	N	○
188	合併症を伴う, その他の消化器系の診断, 年齢 18 歳以上	×	×	N	×
189	合併症を伴わない, その他の消化器系の診断, 年齢 18 歳以上	×	×	N	○
194	総胆管切開を伴う, または伴わない, 胆のう切除のみを除く, 胆道処置, 合併症を伴わないもの	○	×	N	×
202	肝硬変およびアルコール性肝炎	○	×	N	○
203	肝胆管系または膵臓の悪性腫瘍	○	×	N	○
206	合併症を伴わない, 悪性腫瘍, 肝硬変, アルコール性肝炎を除く, 肝疾患	○	×	N	×
207	合併症を伴う, 胆管系疾患	○	○	P	○
208	合併症を伴わない, 胆管系疾患	○	×	N	○
209	下肢の主要関節および肢の再度癒合処置	○	○	P	○
211	合併症を伴わない, 主要関節を除く, 股関節および大腿骨の処置, 年齢 18 歳以上	×	×	N	○
236	股関節および骨盤骨折	×	×	N	×
243	背部の医学的問題	×	×	N	○
245	合併症を伴わない, 骨疾患および特異的関節症	○	○	P	○
254	合併症を伴わない, 足を除く, 上腕, 下腿の骨折, 捻挫, ストレインおよび脱臼, 年齢 18 歳以上	○	×	N	○
273	合併症を伴わない, 皮膚の主要疾患	×	×	N	×
281	合併症を伴わない, 皮膚, 皮下組織, 乳房の外傷, 年齢 18 歳以上	○	×	N	○
294	糖尿病, 年齢 36 歳以上	×	×	N	○
296	合併症を伴う, 栄養, その他の代謝疾患, 年齢 18 歳以上	○	○	P	×
297	合併症を伴わない, 栄養, その他の代謝疾患, 年齢 18 歳以上	○	○	P	×
311	合併症を伴わない, 経尿道的処置	○	○	P	×
316	腎不全	×	×	N	○
319	合併症を伴わない, 腎, 尿路の新生物	○	×	N	○
321	合併症を伴わない, 腎, 尿路感染症, 年齢 18 歳以上	×	×	N	○
332	合併症を伴わない, その他の腎, 尿路の診断, 年齢 18 歳以上	○	×	N	○
337	合併症を伴わない, 経尿道的前立腺摘除	○	×	N	○
347	合併症を伴わない, 男性生殖系の悪性腫瘍	×	×	N	○
395	赤血球の疾患, 年齢 18 歳以上	×	×	N	○
404	合併症を伴わない, リンパ腫および非急性性白血病	○	×	N	○
429	器質障害および精神薄弱	○	○	P	×
467	健康状態に影響を及ぼす, その他の要因	○	×	N	○
533	一過性(脳)虚血発作除く, その他の神経系疾患, 主要合併症を伴う発作および頭痛	○	○	P	○
541	感染症, 気管支炎, 喘息を除く呼吸器系疾患, 主要合併症を伴うもの	×	×	N	×
543	急性心筋梗塞, 心内膜炎, 慢性心不全および不整脈を除く循環系疾患, 主要合併症を伴うもの	○	○	P	○
544	主要合併症を伴う, 慢性心不全および心臓不整脈	×	×	N	×
552	食道炎, 胃腸炎および非発癌性腫瘍を除く消化器系疾患, 主要合併症を伴うもの	○	○	P	×
557	主要合併症を伴う, 肝胆管系および膵臓疾患	×	○	N	×
560	骨髄炎, 敗血症関節炎および結合組織の疾患をのぞく筋骨格系	○	○	P	×
566	摂食障害除く, または主要合併症を伴う, 内分泌, 栄養および代謝疾患	○	×	N	○
585	主要合併症を伴う胃, 食道, 十二指腸, 小腸および大腸の主要処置	○	○	P	×

※○: 有り, ×: 無し	○	×	計
P: パラメトリック検定 N: ノン・パラメトリック検定	P	10	20
	N	41	59
	計	51	79

後期高齢者から月額 6~7000 円の保険料を徴収する一方で、フリーアクセスを制限するというこうした大改正が、政治的に容認されるかどうか甚々疑問である。

ちなみに、厚生労働科学研究費補助金（政策科学推進研究事業）「医療費・介護費用の介護予防効果と持続性に関する研究（分担研究者＝川渕孝一）」で人口 8,000 人弱の町で高齢者の個票データを使って医療費や介護費用が介護予防に及ぼす効果や医療費・介護費用の持続性についての検討を行った所、次の 3 つの知見を得た。

①疾病等により認知症が進むにしても、医療費をかけることは認知症の進行を避けることに役立つ。また、介護費用を増加させることは自立的機能度を上昇させる傾向がある。つまり、医療費や介護費用は、望ましいアウトカムをもたらす。さらに、認知症の程度と介護費用は正の相関を持っている。したがって、医療費を増加させて認知症の程度を改善することにより介護費用を削減することができる。

②医療費には相当の持続性があり、一旦病気になると継続的に医療費がかかるという長期的なリスクが高まる。特に、高齢者、医療費が高額な人、認知症の患者の持続性が高くなっており、当該患者は、病苦に加えて継続的に医療費を支払わなければならないという二重の負担を背負っている。

③介護費用は医療費以上に高い持続性があり、個人の固有要因が大きな役割を果たしている。各種属性によって層別化しても介護費用の持続性はほとんど変わらない。特に注目すべきは、要介護度や同居人の有無によって持続性が変わらないということである。前者は、要介護度が軽ければ負担能力があるという通念は誤りであることを示唆する。また、後者は、同居政策により介護リスクを軽減しようとすることは的外れであることを意味する。

とかく、高齢者の医療費・介護費用は抑制の対象と捉えがちだが、一定の価値を生み出す「投資財」という要素も併せ持つことを忘れてはならない。

■高齢者医療制度の“処方せん”

それではどうすれば高齢期を支える保健医療システムが構築できるだろうか。この点について 3 つの案を提示したい。

1.後期高齢者医療と介護保険制度との統合

まず第一は、後期高齢者医療制度と 2000 年 4 月から始まった介護保険制度をドッキングさせて保険制度を効率化する方法である。国はいわゆる「社会的入院」を是正するために、医療と介護を峻別しようとしているが、「要医療」と「要介護」の線引きほど難しいものはない。むしろ、医療から介護まで一貫して提供する「包括ケア」の導入が望まれているのではないだろうか。この点は病院の機能分担が未整備なわが国に先出の DRG を包括払い方式として導入するときの争点となる。実際、一過性の虚血発作を除く、特異性脳血管疾患（DRG14）の退院患者の 1 人当たり平均コストを病院別に比較してみると、概ね 3 倍の差があった。このコストの差の理由を調べたところ、コスト高の病院には一般病床に加えて、療養病床が存在することが判明した。社会的入院の是非は包括ケアに要したコストで議論すべきである。

但し、制度上の医療保険と介護保険の相違点にも留意する必要がある。それは、前者が「現物給付」なのに対して、後者は「現金給付」をベースとしている点である。より具体的には、健康保険法や国民健康保険法による医療保険料の支払いは原則 20 歳以上になっている。

これに対して、介護保険は 40 歳から保険料の支払いが始まる。医療保険料に介護保険料を上乗せする形式を採用している。介護保険の第 2 号被保険者となるが、同被保険者が給付を受けるのは、「特定疾病」によって、要介護状態になった場合に限られる。65 歳になると医療保険の加入の有無にかかわらず第 1 号被保険者となる。

その結果、医療保険では、保険給付と保険外負担の併用、いわゆる「混合診療」は原則として禁止されているが、介護保険では「混合介護」は自由ということになる。そのため、介護保険制度下で発生する自己負担は、法定の割の自己負担の他に、「上乗せ」と「横出し」が存在する。

ここで、「上乗せ」とは、介護保険の給付上限を超えてサービスを利用する際にかかる費用のことである。この部分は一般市場におけるサービス価格どおり全額自己負担となる。たとえば、保険給付の限度内では短期入所介護（ショートステイ）が月 4 回までしか利用できない場合でも、超過した 2 回分を自己負担にする形で月 6 回の利用にすることができる。また、「横出し」とは、もともと介護保険給付の対象にならないサービスの種類をいう。具体的には配食、緊急通報、寝具乾燥、移送、外出介助といったサービスがこれに該当する。これらも基本的に全額自己負担となる。介護が一つの産業分野として有力視されるのも、こうした「オプション」が認められたからである。

問題はその功罪である。介護の市場化が過度に行き過ぎた場合には、国民からの強い批判を受ける可能性がある。しかしその一方で、医療の社会化を固持しすぎると、市場化された介護サービスとの矛盾をきたす。

実際、先出の内閣府の報告書では、高齢者を生み出す要因分析を行っているが、70 歳以上の継続入院患者のうち、1 日当たり入院医療費が低い患者は、療養病床数が多いと増加、介護施設（介護老人保健施設+介護老人福祉施設）は定員数が多いと減少することが判明した。

介護療養型医療施設については、2012 年 3 月末には廃止する方向が打ち出されているが、この分析結果は医療と介護の「代替性」を示唆するものとして興味深い。

なお、介護との関係では、高所得者ほど居宅介護サービス利用が大きくなる傾向が示唆された。前述の通り介護保険では、在宅ケアに限って、いわゆる「混合介護（横出し、上乗せ）」が認められており、利用限度額以上の利用者割合は、要介護度 5 で 19.7%、20,967 円（2004 年）となっている。介護 3 施設では、05 年 10 月から医療療養病床も 06 年 10 月から居住費と食費が利用者の自己負担となり、社会保障制度の持続可能性と高齢者の負担能力については、医療保険と介護保険との併給の是非も含めてもう少し突っ込んだ研究が必要だろう。

2. 疾病・介護予防と治療の融合

第二の提案は治療中心の医療を改め、予防と治療の融合を図ることである。「予防に勝る良薬なし」といわれて久しいが、残念ながらこれまでわが国では、予防医療は軽視されてきた。予防医療は非常に地味な努力の積み重ねで、一般国民があまり魅力を感じなかったことに加え、診療報酬上の手当が全くないため、「治療すればお金になるが、病気を予防しても一銭にもならない」として、経済的な動機づけが乏しかったことが起因していると考えられる。

しかしながら、糖尿病や高血圧症等の生活習慣病のシェアが高くなるなかで疾病予防の重要性は増す。2005年の患者調査によると、医療機関を受診している総患者数は、高血圧性疾患 781 万人、糖尿病 247 万人、虚血性心疾患 86 万人、脳血管疾患 137 万人、悪性新生物 142 万人であり、合計すると約 1400 万人となっている。これを医療費に置き換えると、悪性新生物 2 兆 3,306 億円、高血圧性疾患 1 兆 8,936 億円、脳血管疾患 1 兆 8,459 億円、糖尿病 1 兆 1,168 億円、虚血性心疾患 7,000 億円となっており、これらを合計すると 7 兆 8,869 億円と、一般診療医療費の約 32% を占める（2004 年度国民医療費）。生活習慣病の予防に力を入れれば、医療費削減だけでなく、労働力人口の増加を通じて税収増が期待できる。国は医療構造改革の柱に生活習慣病予防を挙げ、その具体的取り組みとして、都道府県の健康増進計画を充実、さらに保険者に被保険者・被扶養者に対する特定検診と保健指導を義務づけている。その意図はわからないでもないが、予防医療については、健康診断、事後指導といった従来からの対策以外に、個人のインセンティブを活かした対策が必要である。

例えば、税金の医療費控除制度をもっと拡大してはどうだろうか。現在、薬局で買った治療薬代や病院へ行くために使った交通費も含めて申告できるのに、人間ドッグや予防医療は控除の対象外である。国が疾病予防に力を入れるのであれば、こういった分野こそ控除の対象とすべきである。

さらに MSA (Medical Saving Account) も疾病予防の財源にしてはどうだろうか(注 4)。MSA とは自らの口座に将来の医療費を強制的に貯蓄するという制度で、多くの非課税メリットがある。郵便貯金の実態を調べると、預け入れが 900 万円を超える“高額”預金者が 640 万人に上るなど、依然として、政府保証が付され、「100%安全」という郵貯への信頼が根強い。しかし、いわゆる高齢者マル優制度も 2006 年 1 月 1 日から廃止され、郵便貯金が現在有効に活用されていないことを考えると MSA 導入は消費拡大効果もあるのではないだろうか。

実際、MSA を制度化しているシンガポールでは国民の健康情報の一元化を図っている。具体的には保険証を IC カード化して、国民一人ひとりの基本的な健診データや病歴・薬歴情報を入力し、どの医療機関にかかってもどこで倒れても安心して一定の治療や看護が受けられるインフラ整備を充実している。

米国のランド研究所の Richard Hillestad らによれば、医療の IT 化を進めれば、医療サ

ービスが必要な患者を特定するため、エビデンスに基づく予防医療(例えばがん検診)と患者特性(年齢、性別、家族歴など)を統合することが出来るという。表 1-1 は、短期的な疾病予防効果を推計したものである。喘息、うっ血性心不全、慢性閉塞性肺疾患、糖尿病の疾病管理プログラムは外来診療や処方薬の利用を増やしているが、その一方で施設利用に伴なう医療費を劇的に減らしていることがわかる。

表 1-1 喘息、うっ血性心不全、慢性閉塞性肺疾患、糖尿病の短期疾病管理プログラムの年間効果の推計

効果	変化
医療施設利用(100 万人)	
入院日数	-4
病院外来日数	-5
訪問診療	33
支出(ドル)	
病院	-301 億ドル
診療所	-0.0 億ドル
処方薬	19 億ドル
総計	-285 億ドル
効果(ドル)	
退職者の減少	-2,800 万ドル
休学者の減少	-1,300 万ドル
入院期間の減少	-2 億 4,500 万ドル

出典：「医療行為の分析 - 患者の変化」(Bidelow 他 ;Pub.no.MG-410(Santa Monica,Calif:RAND,2005),137,Table6.17)

注釈：参加率100%と仮定

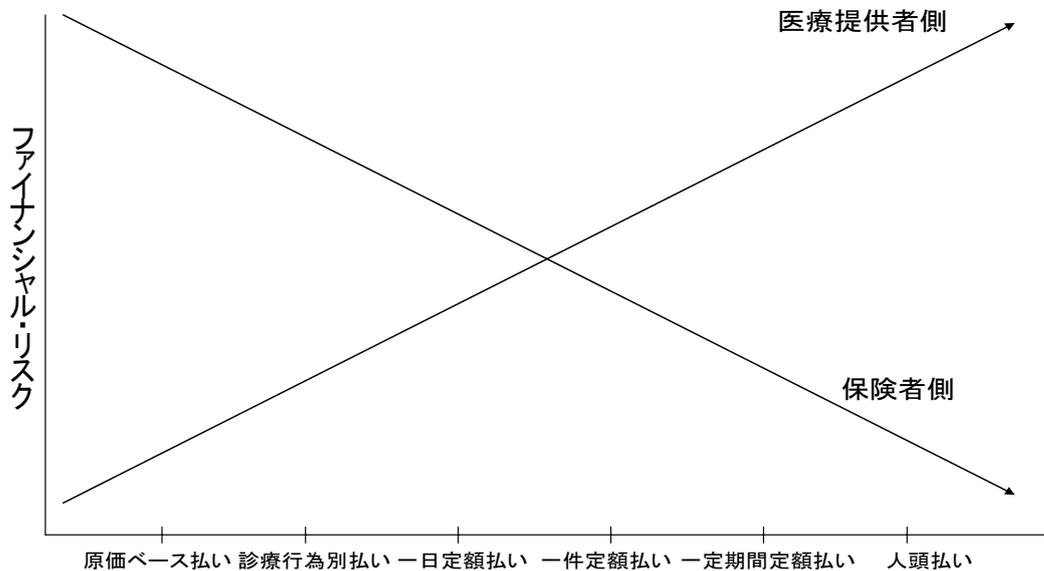
本格的に稼働し始めた日医総研の ORCA プロジェクト等とタイアップして、真の「e-Japan」を進めてはどうだろうか。

3. 「エピソード払い」の導入

そして第三の提案として、75 歳以上の患者を対象に青天井の出来高払い方式を改め、一定の“エピソード”による支払い方式を導入してはどうだろう。一般に診療報酬体系には個々のサービスごとに支払う出来高払いから、人頭払い方式まで、さまざまな方式が存在するが、医療費並びに医療原価を抑制するインセンティブは大きく異なる。しかしながら医療提供者に対するファイナンシャル・リスクという点で概念的に比較してみると、図 1-2 に示したように一つの“連続体”として位置付けられる。

たとえば、個別サービスごとの支払方式(いわゆる出来高払い)を用いる場合、医療サービスを提供する側は、提供したサービスごとに個々の支払いを受ける。この支払方式によれば、より多く診療をすれば、より多くの支払いを受けることができるため、“処置件数や医薬品の消費量を抑制するというインセンティブ”は働かない。実際、わが国の現行の医療保険制度では、医療給付費が、税金・保険料からの医療費総額を上回る、というファイナンシャル・リスクが極めて大きい。しかし、このリスクは、最近増加しつつある患者未収金を除けば、今の所さほど大きくない。

図1-2



支払い単位とファイナンシャル・リスクの概念図

それどころか、より多くの医療サービスを提供すればするほど、収入が増える仕組みとなっており、わが国の医療提供者は、個々の入院患者個々に対して、入院日数や検査および治療処置などの医療資源を十分に効率良く提供するというインセンティブ(動機づけ)が小さい。

これが、現在、わが国の医療保険制度で広く用いられている支払方式の課題である。

とは言え、定額払い方式にも問題がないわけではない。出来高払い方式と全く逆のインセンティブが働く。具体的には、診療に使われなかった資金は、すべて医療提供者側の手元に残るため、どうしても“粗診粗療”のおそれがある。すなわち、医療費並びに医療原価抑制のインセンティブという点では、定額払い方式の方がすぐれているが、その色彩がより強くなると、医療の質の低下を招く恐れがあり、一定の監視機能が必要になる。

しかし、一言で定額払いと言っても、図2に示されるように一日定額払い(Per diem)、一件当たり定額払い(Per Case)、一定期間定額払い(Episode)など多種多様な支払方式が存在する。

「入院・外来・在宅医療の一元化」、さらには「医療・介護の統合」という形で、特に“継ぎ目のない(シームレス)”医療を求められる後期高齢者については、エピソード払いが望ましい。というのは、一日定額払いでは、わが国のDPCによる包括評価でも明らかになったように入院日数を抑えようとするインセンティブは働かないからである。つまり同システムでは、一日あたりのコストを削減しようとする動機づけは生まれるが、総医療費を抑えようとするインセンティブは働かないのである。事実、DPCを導入した病院の医療費は入院・外来ともに高い伸び率を示している。

これに対して、米国の DRG/PPS のような一件当たり定額払いでは、時間要素を一つの誘因として含んでいるため、どうしても再入院率が高くなる。

そこで最近注目を集めているのが、再入院のケースも含めて一定の治療期間、すなわち“エピソード”に応じて支払うという方式である。この方式によれば“エピソード”に当たる期間中に、当該患者に費やされなかった金額は、すべて医療提供側の余剰になり、疾病予防の要因も強く働くことになる。

第2章 最適な「エピソード払い」とは

■人頭払いによるマネジド・ケアはわが国になじむか？

それでは、後期高齢者にはどんな支払い方式が最適だろうか。先にも述べたようにファイナンシャル・リスクを医療提供者側に負わせるという点では、人頭払い方式が最も進んだ方法とされる。事実、米国ではマネジドケアのもと 1990 年代に民間の保険者(特にHMO)の間でプライマリーケア医への人頭払い方式が普及した。また、その後、米国の 65 歳以上の高齢者を対象とした高齢者医療制度であるメディケアにおいてもその一部の加入者については人頭払いが行われている。果たして人頭払い方式はわが国に導入可能な方式なのだろうか。ここでは、米国が人頭払い方式の経験から学んだ教訓について、触れることにする。

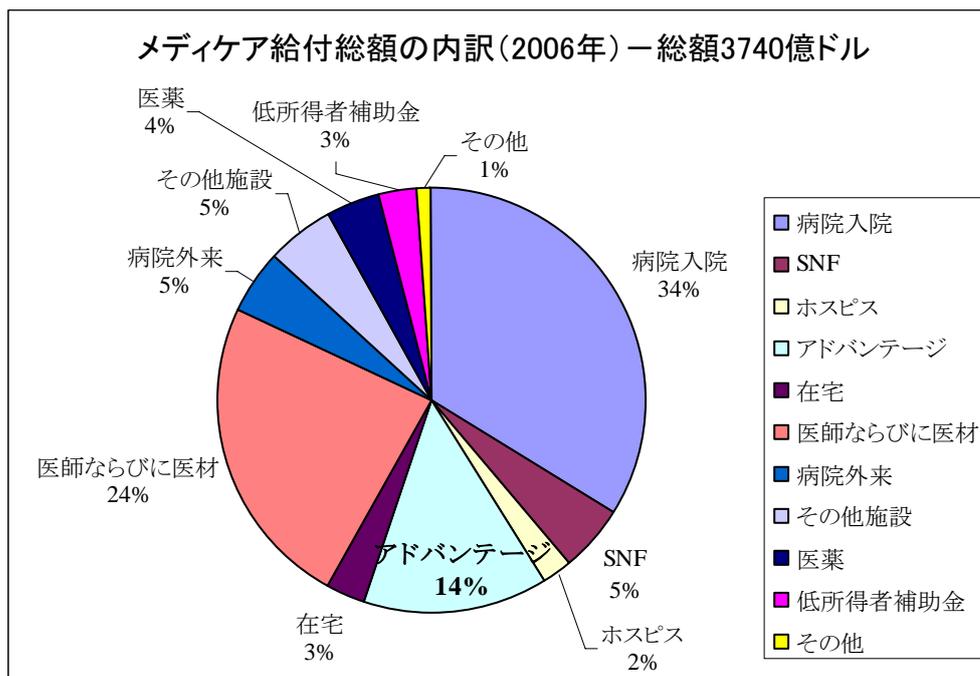
米国では人頭払い方式が導入されたことで、医療機関の財務上のインセンティブが 180 度変化したとされる。というのは従来の出来高払い方式では医療サービスの量が多ければ多いほど利益は多くなるが、人頭払い方式では加入者数の増加を図りつつ、その一方で徹底したコスト管理が求められるからである。人頭払いでは、個々の被保険者(会員)への医療提供の数や量に関係なく、一人あたり定額が PMPM(per member per month)という形で医師に支払われる。

少し古いデータになるが、” Medical Economic Continuing Survey” によれば 1998 年に人頭払い方式を採用した医師は 44%で、4 年前の 1994 年の 36%から 8 ポイント増えている。診療科別にみると、人頭払い方式を最も多く採用している診療科は小児科医 (78%) で、次いで内科医 (69%)、家庭医 (61%) の順となっている。これに対して、最も少ないのは形成外科医の 12%であった。ただし、医師は患者の保険の種類によってさまざまな支払い方式で報酬を得ているため、年収のなかで人頭払いの占める割合は小児科医と精神科医がそれぞれ 28%、27%と最も高く、他科は 1 割~2 割となっている。人頭払い方式が将来的に主要な支払方式となるかどうかについて、専門家の意見は大きく分かれる。というのは、プライマリーケア医への人頭払い方式では、高リスク患者が保険者からはじき出される恐れがあり、反対の声が大きいからである。いわゆる「逆選択の問題」である。したがって、人頭払い方式においても、一定のリスク調整が必要となる。

一方、メディケアの受給者は総数で 4300 万人であるが、そのうちの約 600 万人がメディケア・アドバンテージ・プログラムと呼ばれる比較的新しいプログラムに加入している。受給者が自己判断で地域にあるHMOやPPOなどのマネジドケア民間保険に加入し、それらの保険からメディケアの給付を受ける方式である。メディケア・パート C、メディケア・マネジドケアとも呼ばれている。メディケアは、これらの受給者について人頭払い方式で保険者に支払いを行っている。

メディケア・アドバンテージは、もともと連邦政府が医療費抑制を目的に導入したものである。ただし、このプログラムそのものは近年まで不安定な存在であった。というのは、

民間保険会社が自社のメディケア保険プランの加入状況や収益性から参入や撤退を繰り返し、また、農村部には加入できるプランがないなど、一定の社会問題が顕在化したからである。近年は、医師の選択などがより自由な PPO の参入へ加入をメディケアは促進し、メディケア・アドバンテージへの加入者数が微増しつつある。次のようにメディケア・アドバンテージへの支払い総額はメディケアの全給付額(3740 億ドル:約 41 兆円)の 14%を占める。



メディケア・アドバンテージの受給者に対するメディケアの人頭払い方式も“面白い”変遷を経ている。従来、メディケアは人頭払い額として、全米の各郡(カウンティ)別で従来型メディケアの受給者一人あたりコストの 95%とし AAPCC (adjusted average per capita cost)手法で調整していた。AAPCC は年齢、性別、貧困の有無、などの基本会員情報を用いている。2005 年には、地域差を考慮するために都市部と非都市部のミニマム価格(都市部 654 ドル(月)、非都市部 592 ドル(月))の設定や、全米平均とカウンティ平均の両方を考慮した価格設定を行うなどの工夫を行い始めた。

ところが、メディケア・アドバンテージの受給者への支給が、従来型メディケア受給者よりも多くの支払いを行なっていることが判明した。つまり、もともとメディケア・マネジドケアに加入している受給者は従来型メディケアの加入者よりも比較的若く、健康である傾向があるにもかかわらず、メディケアは HMO などの保険会社に多くを支払っていたわけである。そこで、2006 年より、各カウンティ(郡)の人頭価格にメディケア支出の増加率を加味する基準価格を用いるとともに、入札方式も用いることになった。リスク調整については 2007 年までに受給者の性別や年齢などの調整だけでなく、入院・外来の診療情報に基づいた調整を全ての対象者について行なう、としている。メディケア・アドバン

ページの受給者は従来型に比べて比較的よい給付条件を得ているが、メディケア・アドバンテージによってメディケアは医療費削減効果を得たという実証はなく、受給者の確保とリスク調整が今後のさらなる課題となっている。

つまり、人頭払い方式にも問題が多いわけだが、実際約 12 万人の会員数を持つオハイオ州シンシナティ市の民間医療保険会社では、2004 年、もともと中心であった支払方式の人頭払い方式から、出来高払い方式に大幅変更を行ったという。その背景には、シンシナティ地域の医療保険市場での競争激化などがあったが、医師は患者のプライマリーケアか専門医療にのみについて人頭払いのリスクを負っていたため、長期的にみると疾病予防を行うインセンティブが低く側面がある。実際、当保険者と契約を持つ医師は、出来高払い方式のもとでは、フォローアップを含めた医療提供により意欲的になった、とコメントしている。事実、検査など回数は出来高払い方式に変わっても特に増加していないという。また、人頭払い方式はリスクの高い患者を排除する動機付けが高かったが、慢性期患者を含みより重症な患者を積極的に診療するようになった。さらに、予防にかかわる医療行為についても、人頭払い方式が出来高より必ずしもインセンティブが高いとは限らなかったという。

こうした問題の解決方法は、病気や症状が、時間とともに進行する様子を把握するとともに、その治療に要するコストを測定することである。これは先に述べた一連の診療行為を一つの“エピソード”とする考え方である。

そこで、現在米国では、エピソードの定義確立に向けた大規模なプロジェクトが開始されている。あわせて、人頭払い方式のリスク調整についても、一定の研究が行われている。仮にわが国にも人頭払いによるマネジド・ケアを導入するということであれば、逆選択の問題を克服する手法の開発が求められる。

事実、米国で生まれたこのマネジドケアという手法は、いまイギリス、ドイツ、北欧などでその国の実情に合った形で応用されているが、導入に際してネガティブな要素も強い。実際、2000 年 9 月に開かれた第 21 回アジア太平洋医師会連合会では「マネジドケアの倫理」というテーマで議論が行われている。

これは、マネジドケア発祥の地の米国でもその評判は必ずしも良好ではないからである。米国の民間医療保険で取り入れられたマネジドケアの試みは、医療費の膨張に一定の歯止めをかけた半面、「必要な治療が受けられない」といった患者の不満を招いた。そのため、マネジドケアの行き過ぎを制限したり、患者を保護したりする法整備の動きも出ている。また、保険会社が契約医に対し、「保険でカバーされない治療内容を患者に説明してはならない」という条項を契約書に盛り込むことを禁じた州も増えている。事実、2000 年の大統領選では、「患者の権利法」案が大きな争点になった。さらに、マネジドケアの事前審査などがもとで医療過誤や事故が起きたときに、保険会社に対して訴訟を起こせるかどうかをめぐる、今も議論が続いている。

翻ってわが国でも、「保険者機能の強化」という名のもと、「日本版マネジドケア」を導入

しようとする声がにわかに高まっている。しかし残念ながら、わが国の医療現場を見る限りでは、そうした意識はまだまだ希薄で、疾病管理やケアマネジメントなど、言葉だけが先行して内容が伴っていない。

マネジドケアの概念と手法をわが国の公的医療保険制度に導入するかどうかは、これによって良質かつ効率的な医療を提供できるかという観点から、判断しなければならない。具体的には、①エビデンスに基づく診療情報とコスト情報を有機的に結ぶ情報インフラの整備、②「医療の標準化」に向けたシステム作り、③医師および保険者が「患者の利益の代理人」として行動するための制度的担保の確立が不可欠である。

■大腿骨頸部骨折の医療ケア標準化に関する先行研究

高齢者医療では「エピソード」という概念がいかに重要かは、筆者らが行った先行研究でも、証明されている。

これは2001年度から開始されたメディカル・フロンティア戦略を受けて、厚生科学研究補助金による政策科学推進研究事業『大腿骨頸部骨折の医療ケア標準化における費用対効果』（主任研究者：川渕孝一）で行われた。

そもそも、この戦略は豊かで活力のある長寿社会の創造を目指して、要介護状態の大きな原因となる脳卒中、認知症、骨折などの疾患について、重点的に予防と治療成績の向上を図ろうとするものである。ちなみに、寝たきりについては、自立している高齢者の割合を5年後に90%程度（現在約87%）に高め、疾病などにより支援が必要な高齢者の増加を70万人程度減らすことを目標としている。

骨折による寝たきり予防対策が、いかに重要かは指摘するまでもないが、問題はこれをどうやって実現するかである。近年、平均在院日数の短縮化が政策的課題となっているが、「在院日数が短いこと」が本当に患者本位の医療といえるのだろうか。早期退院は医療費削減という効果をもたらすが、本当に完治して退院したかという治療成果は不明である。

欧米においても早期退院は政策的課題であり、特にDRG/PPS（Diagnosis Related Group/Prospective Payment System, 診断群別定額払い方式）導入後、その傾向は一層強まった。Fitzgeraldらによると、米中西部のある病院でDRG導入前後計6年間(1981-86)の大腿骨骨折の入院患者について調査したところ、入院日数が21.9日から12.6日と激減する一方、入院中の理学療法の回数は7.6回から6.3回と減少し、歩行可能距離で計測した機能回復度も27mから11mと6割も減ったという。こうした事例から、米国では、”sicker and quicker”（患者は回復しないうちに退院させられているのではないか）ということが危惧されている。

わが国でも高齢化の進展に伴い大腿骨骨折の患者が増加しており、市村・石井によると、「大腿骨近位部骨折治療の目的の1つは歩行能再獲得である」とされる。しかし、大腿骨に関する費用効果分析では、早期退院を最善のアウトカムとしているため、完治して退院させることは次善の問題となっている。

そこで、筆者らは、歩行能力に関する治療成果を一つのアウトカムとして、在院日数と

の関係を実証的に検討した。さらに、よりよい治療成果を得るために、在院日数以外にどのような因子が治療成果に影響を及ぼすか検討した。この他、当該病院における大腿骨頸部骨折の医療ケアの費用対効果を検討するとともに、「エピソード払い」導入に不可欠になる望ましい機能連携のあり方も模索したので、その結果を紹介しよう。

1. 研究方法

本研究は2001年度から3カ年に及ぶ継続研究だが、ここではその骨子のみ紹介する。

a.2001年度の研究

1)調査対象

初年度は2000年4月～2001年11月の期間に、全国の4つの急性期病院で大腿骨頭置換術に関する患者データをレトロスペクティブに収集した(N=114)。

(倫理上の配慮) データ管理は研究便宜上、患者番号で管理し、個人名のもれがないよう十分配慮した。

2)調査項目

都合98の調査項目の中から、①患者の特性、②治療の特性、③医療費に関する指標を抽出した(表2-1)。このうち、性別、年齢、痴呆、受傷前歩行能は歩行能再獲得に関係する因子とされており、本研究でもその仮説を検証するために選択した。

表2-1 調査項目

①患者の特性	②治療の特性
(術前)	セメントの有無 在院日数 術後在院日数 リハビリ施行日数
性別	
年齢	
痴呆の有無	
入院時歩行レベル	
骨折経験の有無	③医療費
(術後)	
術後感染症の有無	
退院時歩行レベル	
退院先	レセプト総点数 手術料(点)(含, 人工骨頭費) 材料費(人工骨頭費)

なお、歩行能力に関しては、4ランクの歩行レベル(4=独歩50m以上(杖歩行可)、3=独歩50m以下、2=何らかの介助歩行、1=歩行不可能)を設定し、入院時と退院時にそれぞれ1回ずつ測定している。歩行能力の高い順に4,3,2,1の点数がふられている。

また、治療成果の指標としては、「歩行レベル回復度」を作成した(表2-2)。歩行レベル回復度とは、入院時と退院時に測定した歩行レベルの差をとって、さらに3ランク(3=レベルアップ、2=同じ、1=レベルダウン)に分類したものである。

表2-2 歩行レベル回復度の作成

退院時歩行レベル -入院時歩行レベル	歩行レベル回復度	
= +3, +2, +1	3	レベルアップ
= 0	2	同じ
= -3, -2, -1	1	レベルダウン

3)統計的解析

統計的解析では、歩行レベル回復度(3,2,1)を被説明変数として、順序プロビットモデルを用いた回帰分析を行った。説明変数については、まず調査項目の相関関係を取り、説明変数同士で強い相関が起きないように選択した。このうち、性別、痴呆の有無、骨折経験の有無、術後感染症の有無、セメントの有無、退院先(自宅または自宅外)の2項選択項目については、それぞれ1か0のダミー変数を用いた。同様に、施設特性については、最も平均在院日数の長いB病院をベースに、A、C、D病院についてダミー変数を設定した。さらに、在院日数と回復度の関係が2次曲線である場合を仮定して、在院日数の2乗も変数として入れた。

また、もともと入院時にレベル4にあったケースはそれ以上レベルアップしないということ considering、「退院時歩行レベル」を被説明変数とした場合についても同様の説明変数を用いた分析を行った。なお、統計的解析には「SPSS11.0J」と「STATA7.0」を用いた。

b.2002年度の研究

次年度は調査対象を4から9病院に拡大し、2002年6月から2003年1月までに、大腿骨頸部骨折で観血的修復術を施行した患者321例に対し、プロスペクティブ調査を行った。より具体的には当該9病院を①特定の退院先をもたない自己完結型病院、②回復期リハビリ病院および療養病棟をもつ多機能複合型病院、③病病連携型病院の3つに分けてその費用対効果を分析した。ここで3つのパターンに分けて分析したのは、2001年度の研究では退院先について自宅か自宅外かという点しか考慮しておらず一定の限界を感じたからである。そこで、転院先まで含めたトータルの在院日数と治療成果との関係を検討することを2002年度の研究課題とした。

2. 結果と考察

本研究の主たる知見は、早期退院よりも、むしろ、長期入院の方が、より高い治療効果を得られる可能性があることが示唆されたことである。「歩行レベル回復度」に関して、在院日数は正に有意($p < 0.001$)ということは、在院日数が短いほど回復度は低い傾向がみられるということを示す。

また、「退院時歩行レベル」に関して、在院日数は正に有意であった($p < 0.001$)ということは、在院日数が短いほど退院時歩行レベルの数値が小さくなるということを示す。すなわち、歩行能力が低い状態で退院しているということである。実際、在院日数における限界効果は0.09137とプラスに効いており、在院日数が1日短縮すると、歩行レベル4で退院できる確率は約9.1%低下することが示された($p < 0.001$)。

つまり、過度に在院日数を短縮することは、大腿骨頸部骨折に関する限り治療成果の低下をもたらすのである。ただし、(在院日数)²の変数は、歩行レベル回復度に関して負に有意である($p < 0.001$)ことから、無秩序な在院日数の長期化も好ましくない。ちなみに回帰式の係数を用いて推計すると、退院時歩行レベルが最も高まるのは53.9日であり、平均在院日数46.2日より7.7日長かった。

次に、よりよい治療成果を得るために、どのような因子が治療成果に影響を及ぼすのかを検討したところ、次の2点が明らかになった。

まず第一に、1)歩行レベル回復度および2)退院時歩行レベルの治療成果に有意な関連がみられたのは、①痴呆症状、②入院時歩行レベル、③術後感染症、④退院先に関する変数であった(痴呆は $p < 0.05$ 、それ以外の変数はすべて $p < 0.001$ で負に有意)。痴呆症状の有無や入院時歩行レベルが治療成果に影響を及ぼすことは、先行研究の示す結果と同様であった。また、術後感染症の発症は治療成果に悪影響を及ぼすと考えられるため、その予防の重要性が示唆された。さらに、限界効果についての算出結果から、最も歩行能力の高い歩行レベル4(独歩50m以上)で退院できる確率は、①痴呆を有すると約35.1%低い、②入院時歩行レベルが1低くなると約27.5%低い、③術後感染症を発症すると約53.0%低い、④自宅外退院のケースでは約55.9%低いということがわかった。

なお、セメントの有無については評価が分かれ、セメントを用いた方が2)退院時歩行レベルが高いということが示された。

第二に、1)、2)の治療成果と有意な関連性がみられなかったのは、①性別、②年齢、③骨折経験、④手術料(含、人工骨頭費)、⑤施設特性に関する変数であった。先行研究²⁾⁶⁾では、「女性」と「75歳以上」について歩行能力の回復が悪いとされていたが、今回は性別、年齢ともに有意な結果は得られなかった。同じく術前の患者の特性に関して、入院時の歩行レベルは治療成果に関係していたが、骨折経験は影響していないことがわかった。医療費に関しては、手術料と治療成果に関連性はみられなかった。つまり、手術料の大半を占める人工骨頭が高価なものであっても治療成果が高まるわけではないことが示唆された。また、推定式には施設特性を表すダミー変数を入れたが、施設間での有意差は全くみられなかった。在院日数やリハビリ日数については4施設間で有意差がみられたが、プロビット・モデルでは、施設特性は治療成果に影響を与えなかったと判断される。

ただし、在院日数はラインの抜去、リハビリの開始時期と強い関連があり、早期の介入が在院日数の短縮に効果的なことも明らかになった。残念ながら、本研究ではクリニカルパスを用いた標準化は施設特性の影響が強く、効果がみられるレベルになかったが、今後は病院数を増やして、再度研究してみる余地はあると考える。

また、「エピソード払い」では急性期病院と後方施設との間に“シームレスな医療”が求められるが、「病病連携型よりも自己完結型、すなわち患者を後方病院に転院させない方が経済効率は高い」という事実は予想外の知見であった。これは「形骸化した病病連携」は医療の適正化から見て、必ずしも望ましくないことを示唆するものである。診療報酬政策と合わせて、機能連携のあり方を見直す必要があるだろう。

こうした、実証研究の影響を受けてか、厚生労働省は2006年度診療報酬改定で従来の紹介率と平均在院日数の短縮を要件とした紹介加算を一切廃止した。

その代わりとして、「地域連携診療計画管理料」「地域連携診療計画退院時指導料」1500点を新設した。平均在院日数17日以内の計画管理病院で退院時、転院時に算定される。今

回は「大腿骨頸部骨折」に限られているが、次回改定では脳血管障害などにも拡大されるという。地域医療連携を象徴する「地域連携クリティカルパス」に点数がついたことは画期的なことだが、これも形骸化しないことを切望する。

■精神科分野における先行研究

一定のケースミックスに基づく「エピソード払い」が必要なことは、すでに定額払いが導入されている精神科分野でも明らかになっている。

従来からの精神科の診療報酬は先進諸外国に比べて著しく低く、また国内他科と比較しても1/2に抑えられ、なかでも技術料の評価がとりわけ低いとされる。しかも最近2回の診療報酬改定は経済の低成長を反映して、02年度には全体で-2.7%、06年度には-3.16%と、精神医療もその影響を免れるものではなかった。わが国の精神科の構造的な問題は、若い頃に発症した患者が高齢化して合併症を併発するケースが増えていることである。合併症が増えれば、原発症のみならず合併症の治療が必要となり、どうしてもコスト高となってしまう。

そこで、筆者らは今後の精神医療における診療報酬政策に資することを目的として現行の精神医療における診療報酬が原価およびケースミックス（患者重症度）を反映しているか否かを分析した。

なお、本研究は2001～2003年度厚生労働科学研究費補助金を受けて行なったもので、ここでは療養病床における結果のみ抜粋した。

1.研究方法

データ：

2病院（精神病床数はそれぞれ107床（うち療養54床）、175床（うち療養120床））から、次の3種類の患者別データ（①原価の代用変数として医療サービス投入時間、②患者の特性を示すケースミックスとして能力障害・精神症状、③医療費の総体を示す診療報酬額）を収集した。

より具体的には、医療サービス投入時間は職員（医師、看護師、准看護師、看護助手、精神保健福祉士、作業療法士）が個々の患者の対応時にその時間を記録した（図2-1）。集団投薬の場合は、その時間と人数から一人当たりの平均投薬時間を計算した。ケースミックスには日本精神科病院協会のマスタープラン調査から患者別の能力障害（5段階）・精神症状（6段階）データを採用した（表2-3、表2-4）。診療報酬は診療報酬明細書に求めた。

調査の時期は医療サービス投入時間が03年12月15～19日の5日間、ケースミックスが02年6月および03年12月、診療報酬が02年6月である。ここで、ケースミックスについては2時点のデータがあるが、投入時間とケースミックスとの間の分析には03年12月、ケースミックスと診療報酬との間の分析には02年6月のデータを用いた。また、ケースミックスは02年6月と03年12月のデータを突合せ、両時点で入院していた患者のデータだけを用いた。療養病棟の標本数は、投入時間とケースミックスの分析が160、投入時間と診療報酬が148、ケースミックスと診療報酬が169であった。

2.研究結果

医療サービス投入時間とケースミックス（表 2-5）：

投入時間（計）と能力障害（0.686）、精神症状（0.565）との間に有意な正の相関が認められた（ $p<0.001$ ）。さらに、投入時間を職種別に分析したところ、療養病棟で能力障害と有意な相関が認められたのは、准看護師（0.622）、看護師（0.588）看護助手（0.219）であった（ $p<0.001$ ）。同じく精神症状について有意な相関が認められたのは、看護師（0.509）、准看護師（0.486）、看護助手（0.228）であった（ $p<0.001$ ）。

表 2-5 医療サービス投入時間とケースミックスの spearman 相関係数

	投入時間						
	計	医師	看護師	准看護師	看護助手	OT	PSW
療養病棟							
能力障害	0.686**	-0.018	0.588**	0.622**	0.219**	0.147	-0.115
精神症状	0.565**	0.071	0.509**	0.486**	0.228**	0.047	-0.080
(参考) 一般病棟							
能力障害	0.486**	-0.111	0.209*	0.522**	0.207*	-0.214*	-0.283**
精神症状	0.429**	0.052	0.261**	0.333**	0.101	-0.318**	-0.221*

**相関係数は 1%水準で有意（両側）

*相関係数は 5%水準で有意（両側）

医療サービス投入時間と診療報酬（表 2-6）：

医療サービス投入時間（計）と診療報酬との間に有意な負の相関（相関係数：-0.320）が認められた（ $p<0.001$ ）。さらに職種別に分析したところ、療養病棟では、OT（-0.200）、看護師（-0.301）、准看護師（-0.311）について有意な負の相関が認められた（OTは $p<0.05$ 、看護師、准看護師は $p<0.001$ ）。

表 2-6 医療サービス投入時間と診療報酬の spearman 相関係数

	投入時間						
	計	医師	看護師	准看護師	看護助手	OT	PSW
療養病棟	-0.320**	0.022	-0.301**	-0.311**	-0.003-	0.200*	0.034
(参考) 一般病棟	-0.081	0.156	0.237	-0.152	-0.309	0.147	0.123

**相関係数は 1%水準で有意（両側）

*相関係数は 5%水準で有意（両側）

ケースミックスと診療報酬（表 2-7）：

療養病棟では、能力障害（-0.441）、精神症状（-0.417）ともに診療報酬との間に有意な負の相関が認められた（ $p < 0.001$ ）。

表 2-7 ケースミックスと診療報酬の spearman 相関係数

	能力障害	精神症状
療養病棟	-0.441**	-0.417**
(参考) 一般病棟	-0.204*	-0.116

**相関係数は 1%水準で有意（両側）

*相関係数は 5%水準で有意（両側）

3. 考察

本研究では、医療サービス投入時間（計）とケースミックス（能力障害・精神症状）との間に有意な正の相関が認められた。これは、精神医療においては「手間のかかる高齢患者ほどコストがかかる」ことを意味している。また、能力障害および精神症状が医療資源の投入量を反映するケースミックスとして有用なことを示唆している。さらに、職種別に見ると、医師の投入時間とケースミックスとの間には有意な相関が認められなかったが、正、准看護師および看護助手の投入時間とケースミックスとの間には有意な正の相関が認められた。これは、わが国の精神科入院医療では、医師より看護職が医療サービスの主体となっていることを示している。

投入時間と診療報酬との関係は正の相関が期待されるところだが、分析結果は療養病棟では総投入時間および OT、正、准看護師の投入時間について空しくも負の相関が認められた。これは、現行の診療報酬が原価との間に歪みを生じている可能性を示唆している。

さらに、ケースミックスと診療報酬との関係も正の相関が期待されるところである。しかし、結果は療養病棟では能力障害と精神症状とも診療報酬との間に負の相関が認められた。これは、精神医療における現行の診療報酬が患者の特性（ケースミックス）を反映していないことを示唆している。言い換えれば、「重症な高齢患者を診るほど報われない」実態が明らかになった。

合併症を伴う高齢患者が増大している精神医療分野では、①原価、②患者特性、③診療報酬の 3 者間で一定の正の相関が存在すべきである。相互間の歪みを是正し、適正な診療報酬体系を築くためには、ケースミックス（能力障害・精神症状）による「エピソード払い」が有用であると考えられる。

第3章 後期高齢者にふさわしい診療報酬体系をいかに作るか

それでは、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だろう。「歴史は繰り返す」と言われるが、実は1982（昭和57）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1983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痴呆患者療養指導、あるいは入院基本料など、一部で特化した項目がはあったが、最終的には2006（平成18）年改定で、一般診療報酬に一本化される。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というもの。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4点がポイントとなる。

- 1) 診療報酬の包括にあたっては、以下の高齢者の特性を踏まえ、診療区分（項目）の取捨選択を行う。
 - ① 一人で多くの疾患を持っている。
 - ② 症候が非定型的であったり、少なかつたりするために、正確な臨床判断が困難な場合が少なくない。
 - ③ 多くの重症患者が、精神・神経症状をもっており、途中からそれが加わったりしやすい。
 - ④ 各種検査成績について個人差が大きい。
 - ⑤ 水・電解質などの異常を起こしやすい。
 - ⑥ 本来の疾患と関係のない合併症を併発しやすい。
 - ⑦ 治療、ことに薬剤に対する反応が若年者とは異なっている。
 - ⑧ 患者の予後が、医学・生物学的な面と共に、心理・社会・環境的な面によって支配されることが少なくない。
- 2) 1) の特性を踏まえると、高齢者の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。
- 3) 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。

4)DPC 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。

以下、入院、外来・在宅、そして「看取り」医療の順でより詳しく見ていくことにする。
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。

■後期高齢者の入院医療費分析

まず第一に、入院医療だが、そもそも 75 歳以上の後期高齢者にかかる 1 症例当たり医療費は、75 歳未満のそれと比べて高いのだろうか。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。

本分野では、2004 年度から 2006 年度までに全国の 84 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）を使用して、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死因順位上位 3 疾患の悪性新生物・心疾患・脳血管疾患をとりあげた。

より具体的には、75 歳以上および 75 歳未満の独立変数に、医療費を従属変数にとり、当該医療費を、①死亡例、②入院時併存症ありの症例、③入院後発症疾患ありの症例に場合分けし、それぞれの条件下で、差の検定を行った。正規性の検定には Kolmogorov-Smirnov 検定を、等分散性の検定には Levene の検定を用い、t 検定および Mann-Whitney の U 検定とを使い分けた。

■結果と考察

入院医療費は DPC による包括評価のバイアスを除去するために全て出来高金額に換算とする一方で、包括対象（投薬、注射、検査等）と包括対象外（手術、麻酔等）に分けて分析した。

この他、診療行為も①診察、②投薬、③注射、④処置、⑤手術、⑥検査、⑦画像、⑧入院、⑨食事の 9 つに分解して一定の考察を加えた。

・ 結果

結果は表 3-1 の通りである。

ここで、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、75 歳未満の方がむしろ高いという知見である。より詳しく見ていくことにしよう。

1.悪性新生物

悪性新生物を主たる病名とする 98746 例（男性 56044 例、女性 42702 例、平均年齢 64.95 歳）のうち、75 歳以上は 24330 例、75 歳未満は 74416 例であった。平均医療費を求めると、75 歳以上が 84.9 万円に対し、75 歳未満は 84.5 万円で一定の有意差を認めた ($p<.01$)。

ここで DPC 包括対象内医療費か否かに分けて再度検定を行った所、包括対象内医療費は 75 歳以上が 50.5 万円に対し、75 歳未満が 50.7 万円となった。一方、包括対象外医療費は 75 歳以上が 34.4 万円、75 歳未満が 33.7 万円となり、ともに有意差を認めた ($p<.01$)。

(表 3-1) 分析対象・医療費区分別の検定結果

①悪性新生物

対象	医療費区分1	医療費区分2	75歳未満	75歳以上	
全症例	医療費	医療費		○	
	内訳	包括対象内医療費	○		
		包括対象外医療費		○	
	行為別	FFS 診察			○
		FFS 投薬	○		
		FFS 注射	○		
		FFS 処置			○
		FFS 手術	○		
FFS 検査				○	
FFS 画像				○	
FFS 入院			○		
FFS 食事			○		
死亡	医療費	医療費	○		
	内訳	包括対象内医療費	○		
包括対象外医療費		○			
入院時併存症あり	医療費	医療費	○		
	内訳	包括対象内医療費	○		
		包括対象外医療費		○	
入院後発症疾患あり	医療費	医療費		○	
	内訳	包括対象内医療費	○		
		包括対象外医療費		○	

②心疾患

対象	医療費区分1	医療費区分2	75歳未満	75歳以上	
全症例	医療費	医療費	○		
	内訳	包括対象内医療費		○	
		包括対象外医療費	○		
	行為別	FFS 診察			○
		FFS 投薬			○
		FFS 注射			○
		FFS 処置			○
		FFS 手術	○		
FFS 検査		○			
FFS 画像				○	
FFS 入院			○		
FFS 食事			○		
死亡	医療費	医療費	○		
	内訳	包括対象内医療費	有意差なし	有意差なし	
		包括対象外医療費	○		
入院時併存症あり	医療費	医療費	有意差なし	有意差なし	
	内訳	包括対象内医療費		○	
		包括対象外医療費	○		
入院後発症疾患あり	医療費	医療費	○		
	内訳	包括対象内医療費		○	
		包括対象外医療費	○		

③脳血管疾患

対象	医療費区分1	医療費区分2	75歳未満	75歳以上	
全症例	医療費	医療費	○		
	医療費	包括対象内医療費 包括対象外医療費	○	○	
	医療費内訳		FFS 診察		○
			FFS 投薬		○
			FFS 注射		○
			FFS 処置		○
			FFS 手術	○	
			FFS 検査		○
			FFS 画像	○	
FFS 入院		○			
FFS 食事		○			
死亡	医療費	医療費	有意差なし	有意差なし	
	医療費	包括対象内医療費 包括対象外医療費	有意差なし ○	有意差なし	
入院時併存症あり	医療費	医療費	有意差なし	有意差なし	
	医療費	包括対象内医療費 包括対象外医療費	有意差なし 有意差なし	有意差なし 有意差なし	
入院後発症疾患あり	医療費	医療費	○		
	医療費	包括対象内医療費 包括対象外医療費	有意差なし ○	有意差なし	

注) 平均値に有意差が認められたものには高い年齢区分に丸印を付した。

さらに診療行為別医療費について一定の検定を行うと、75歳以上で有意に高い項目は診察・処置・検査・画像・入院・食事で、75歳未満が高かったのは投薬・注射・手術であった ($p<.01$)。

死亡・入院時疾患併存有無・入院後疾患発症有無については75歳以上が有意に高い ($p<.01$)。

ここで死亡退院例に限定すると、7628例(男性4721例、女性2907例、平均年齢69.62歳)のうち、75歳以上が2902例、75歳未満は4726例であった。その平均医療費を求めると、75歳以上が122万円なのに対し、75歳未満は147万円と、75歳未満の方が高く、一定の有意差を認めた ($p<.01$)。

死亡退院患者の平均在院日数が75歳以上が35.8日で、75歳未満は38.4日だったので、

都合 6 週間の 1 日当たり医療費を期間別に見ると、75 歳未満が 75 歳以上よりも有意に高いが ($p<.01$)、死亡退院直前の 1~2 日だけは 75 歳以上が有意に高かった ($p<.01$)。

後期高齢者		医療費1ave	医療費2ave	医療費3ave	医療費4ave	医療費5ave	医療費6ave
75歳未満	平均値	68101.4858	54570.3024	49837.8635	47147.1384	45329.8828	44158.5542
	度数	4726	4726	4726	4726	4726	4726
	標準偏差	280392.745	147953.174	102510.072	79930.77734	66580.81362	58672.26797
75歳以上	平均値	73775.2343	55224.1471	48204.0396	44821.9627	42548.0728	41649.8943
	度数	2902	2902	2902	2902	2902	2902
	標準偏差	306220.418	159177.140	107096.340	82536.10769	67931.69150	60476.26303
合計	平均値	70260.0094	54819.0514	49216.2907	46262.5474	44271.5697	43204.1585
	度数	7628	7628	7628	7628	7628	7628
	標準偏差	290482.597	152310.717	104274.686	80934.32163	67107.09964	59373.58801

後期高齢者		医療費7ave	医療費14ave	医療費21ave	医療費28ave	医療費35ave	医療費42ave
75歳未満	平均値	43916.8017	41473.8425	40418.8851	39926.0263	39638.7641	39476.4677
	度数	4726	4726	4726	4726	4726	4726
	標準偏差	54112.47373	38916.70864	34450.58094	32530.36187	31091.81844	30434.96658
75歳以上	平均値	40733.5073	37690.1577	36816.3221	36469.5375	36275.5348	36209.3913
	度数	2902	2902	2902	2902	2902	2902
	標準偏差	53393.58623	36236.36449	32028.61246	30123.76278	29349.24003	29024.79669
合計	平均値	42705.7476	40034.3756	39048.3243	38611.0380	38359.2555	38233.5396
	度数	7628	7628	7628	7628	7628	7628
	標準偏差	53858.78500	37961.40700	33593.22216	31678.86153	30482.45773	29946.44288

- ・死亡退院直前…死亡退院前 1 日前、2 日前…6 日前、1 週間前、2 週間前…6 週間前（以下、設定期間 k 日と呼ぶ）というように、死亡退院直前期の 1 週間は 1 日単位で、1 週間前以前は週単位で区切った各期間の在院日数 1 日当たりの医療費。ただし、在院日数が k 日以上 of 症例では k で割り、k 日未満の症例では各々の在院日数で割った。すなわち、死亡退院症例で患者が設定期間内に入ったときにかかった 1 日当たり医療費。

また、入院時疾患併存例に限定すると、54078 例（男性 32243 例、女性 21835 例、平均年齢 66.30 歳）のうち、75 歳以上が 14648 例、75 歳未満は 39430 例であった。その平均医療費を求めると、75 歳以上が 95.5 万円に対し 75 歳未満は 97.4 万円と、75 歳未満の方が高く、一定の有意差を認めた ($p<.01$)。医療費に有意差を認めた 75 歳未満では、包括対象内医療費が高い ($p<.01$)。

さらに入院後疾患発症例のみに限ると、悪性新生物 23470 例（男性 13614 例、女性 9856 例、平均年齢 65.38 歳）のうち、75 歳以上が 5955 例、75 歳未満は 17515 例であった。その平均医療費を求めると、75 歳以上が 128.7 万円に対し、75 歳未満は 127.1 万円と、75 歳以上の方が高く、一定の有意差を認めた ($p<.01$)。医療費に有意差を認めた 75 歳以上では、包括対象外医療費が高い ($p<.01$)。

2.心疾患

次に、主たる病名が心疾患である 14528 例（男性 9467 例、女性 5061 例、平均年齢 66.13

歳)については、75歳以上が4335例、75歳未満は10193例であった。その平均医療費を求めると、75歳以上が124万円に対し、75歳未満は127万円と一定の有意差を認めた(p<.01)。

心疾患についても包括対象内医療費か否かに分けて差の検定を行った所、包括対象内医療費は75歳以上が55万円に対し、75歳未満は45万円となった。包括対象外医療費は逆に75歳以上が70万円、75歳未満が82万円となり、ともに一定の有意差を認めた(p<.01)。

さらに診療行為別医療費についても一定の検定を行うと、75歳以上で有意に高い項目は、診察・投薬・注射・処置・画像・入院・食事で、75歳未満は手術・検査が高かった(p<.01)。よって、心疾患においては包括対象外の手術が医療費の有意差に影響しているものと考えられる。

また、心疾患についても死亡・入院時疾患併存有無・入院後疾患発症有無は医療費に有意な影響があり(p<.01)、その独立性の検定を行うと、75歳以上が有意に高い(p<.01)。

心疾患による死亡退院例のみに限ると、427例(男性249例、女性178例、平均年齢74.80歳)のうち、75歳以上が256例、75歳未満は171例であった。その平均医療費を求めると、75歳以上が183万円に対し、75歳未満は315万円で、75歳未満の方が高く有意差を認めた(p<.05)。平均医療費に有意差を認めた75歳未満では、包括対象外医療費が有意に高かった(p<.01)。それぞれの平均在院日数が75歳以上が24.5日、75歳未満が20.3日なので、都合4週間の1日当たり医療費を期間区分に見ると悪性新生物とは異なり、どの期間区分においても、75歳未満が75歳以上よりも有意に高かった。

後期高齢者		医療費1ave	医療費2ave	医療費3ave	医療費4ave	医療費5ave	医療費6ave
75歳未満	平均値	144155.0643	198867.8830	217609.7076	225672.6696	222821.0854	220928.3439
	度数	171	171	171	171	171	171
	標準偏差	313204.869	323847.005	333005.711	316987.071	296965.589	283903.119
75歳以上	平均値	99866.1797	123877.1406	129559.1901	132138.0228	132893.1333	136049.7060
	度数	256	256	256	256	256	256
	標準偏差	310575.750	336653.379	341827.857	338798.940	339290.077	340831.946
合計	平均値	117602.4778	153908.5621	164820.6386	169595.6916	168906.4350	170040.9169
	度数	427	427	427	427	427	427
	標準偏差	312021.439	333237.618	340678.710	333035.405	325649.100	321612.703

後期高齢者		医療費7ave	医療費14ave	医療費21ave	医療費28ave
75歳未満	平均値	220509.9337	224823.6414	224894.5109	225488.5658
	度数	171	171	171	171
	標準偏差	276491.356	267871.50848	266999.73192	266516.31330
75歳以上	平均値	136493.3632	141495.0155	143385.2825	143493.1055
	度数	256	256	256	256
	標準偏差	340239.444	342087.39319	342122.53248	342206.98374
合計	平均値	170139.3434	174865.4957	176027.1515	176329.6950
	度数	427	427	427	427
	標準偏差	318591.641	316788.84382	316403.71592	316325.96416

次に、入院時疾患併存例のみに限ると、9945例(男性6469例、女性3476例、平均年齢67.00歳)のうち、75歳以上が3148例、75歳未満は6797例であった。その平均医療費を

求めると、75歳以上が132万円、75歳未満は143万円で有意差は認められない。ただし、75歳以上では包括対象内医療費が、75歳未満では包括対象外医療費がそれぞれ高い(p<.01)。

また、入院後疾患発症例に限定すると、2170例(男性1355例、女性815例、平均年齢66.82歳)のうち、75歳以上が712例、75歳未満は1458例であった。その平均医療費を求めると、75歳以上が224万円、75歳未満は272万円と一定の有意差を認めた(p<.01)。医療費に有意差を認めた75歳未満では、包括対象外医療費が高い(p<.01)。

3.脳血管疾患

最後に、主たる病名が脳血管疾患である7040例(男性3971例、女性3069例、平均年齢67.90歳)について見ると、75歳以上が2484例、75歳未満は4556例であった。その平均医療費を求めると、75歳以上が107万円に対し、75歳未満は113万円と、75歳未満の方が高く、一定の有意差を認めた(p<.05)。

ここでも包括対象内医療費か否かで差の検定を行った所、包括対象内医療費は75歳以上が70万円に対し、75歳未満が65万円となった。包括対象外医療費は逆に75歳以上が40万円、75歳未満が49万円となり、ともに一定の有意差を認めた(p<.05)。

さらに詳しく診療行為別医療費について一定の検定を行うと、75歳以上に有意に高い項目は診察・投薬・注射・処置・検査・入院・食事で、75歳未満は手術・画像となった(p<.01)。

死亡・入院時疾患併存有無・入院後疾患発症有無について、医療費に有意な影響があるかどうか調べると、死亡(p<.05)についても、入院時疾患併存有無・入院後疾患発症有無(p<.01)についても有意な影響がある。

実際、死亡・入院時疾患併存有無・入院後疾患発症有無について独立性の検定を行うと、75歳以上が有意に高い(p<.01)。

そこで、まず死亡退院例のみに限ると、脳血管疾患467例(男性235例、女性232例、平均年齢71.75歳)のうち、75歳以上が227例、75歳未満は240例であった。それぞれの平均在院日数は75歳以上が19.3日、75歳未満が12.8日と前者の方が高かった(p<.005)が、その平均医療費75歳以上が96万円、75歳未満は108万円と有意差は認められない。

しかし、都合3週間の1日当たり医療費を期間区分別に見た所、次のようにどの区分においても、75歳未満が有意に高い(p<.01)。

後期高齢者		医療費1ave	医療費2ave	医療費3ave	医療費4ave	医療費5ave	医療費6ave
75歳未満	平均値	63003.2750	72994.2667	81455.0861	87511.5389	95260.1868	98684.4213
	度数	240	240	240	240	240	240
	標準偏差	50748.97275	59283.96949	69958.06629	76678.05219	95789.91893	99527.09097
75歳以上	平均値	48484.6520	52933.9119	58599.0367	62496.6153	64306.2871	65074.6545
	度数	227	227	227	227	227	227
	標準偏差	68555.96839	47637.33647	62985.07962	72125.03054	70790.96769	70802.42855
合計	平均値	55946.0428	63243.3019	70345.1863	75352.2505	80214.0728	82347.3398
	度数	467	467	467	467	467	467
	標準偏差	60440.21857	54807.46698	67563.50242	75465.10960	85885.17355	88285.56958

後期高齢者		医療費7ave	医療費14ave	医療費21ave
75歳未満	平均値	101136.4403	111800.0476	114208.5769
	度数	240	240	240
	標準偏差	98431.87671	101542.62987	101096.57303
75歳以上	平均値	65738.3975	68664.7594	70489.0318
	度数	227	227	227
	標準偏差	70741.65243	71668.08838	71837.41349
合計	平均値	83930.1111	90832.7876	92957.3205
	度数	467	467	467
	標準偏差	87805.85409	90802.05960	90681.55388

ここで興味深いのは、死亡1週間前の方が、3週間前より医療費がむしろ低いという事実である。とかく、死亡直前は過度な診療が行われるとされるが、このデータで見る限り、そうした事実は見当たらない。なお、死亡退院について75歳未満の包括対象外医療費は一定の有意差を認めた ($p<.05$)。

次に、入院時疾患併存例のみに限ると、4659例（男性2703例、女性1956例、平均年齢68.92歳）のうち、75歳以上が1762例、75歳未満は2897例であった。その平均医療費を求めると、75歳以上が114万円、75歳未満は125万円で医療費に有意差は認められない。

さらに、入院後疾患発症例のみに限ると、1399例（男性784例、女性615例、平均年齢68.55歳）のうち、75歳以上が556例、75歳未満は843例であった。その平均医療費を求めると、75歳以上が165万円に対し、75歳未満は201万円と75歳未満が高く医療費に一定の有意差が認められた ($p<.01$)。有意差を認めた75歳未満では、包括対象外医療費が高い ($p<.01$)。

なお、在院日数についても同様の分析を行った所、悪性新生物による死亡退院例を除いて75歳以上が有意に長かった。これは第1章で紹介した先行研究（米国のAP-DRGの妥当性に関する研究）と合致する結果である。よって、75歳以上の身体的特徴として在院日数の長さを認識することが必要である。

■まとめ

以上、75歳未満医療費と比較して75歳以上の入院医療費につい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。

<包括対象内・外医療費>

悪性新生物では、包括対象外医療費が高いが、心疾患・脳血管疾患では包括対象内医療費が高い。

<死亡例、入院時併存症・入院後発症疾患を有する症例を総じて>

各疾患において独立性の検定を行ったところ、75歳以上では死亡・併存症・入院後疾患発症が有意に高い。しかし医療費については、悪性新生物の入院後発症疾患を有する場合のみ有意に高かった。

<手術実施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。

<在院日数および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。

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が、かりに75歳以上の後期高齢者に対しても、DPCによる包括評価を踏襲するならば、本分析から得た一定の知見が参考にできないだろうか。

たとえば、今後もDPCによる1日定額払いを継続するというのであれば、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%タイル値や加算等の再編が必要になるだろう。

特に悪性新生物については、75歳未満より医療費が有意に高く、入院時併存症・入院時発症疾患を有する場合はより多くの医療費がかかるので、診療報酬上の一定の配慮が求められる。

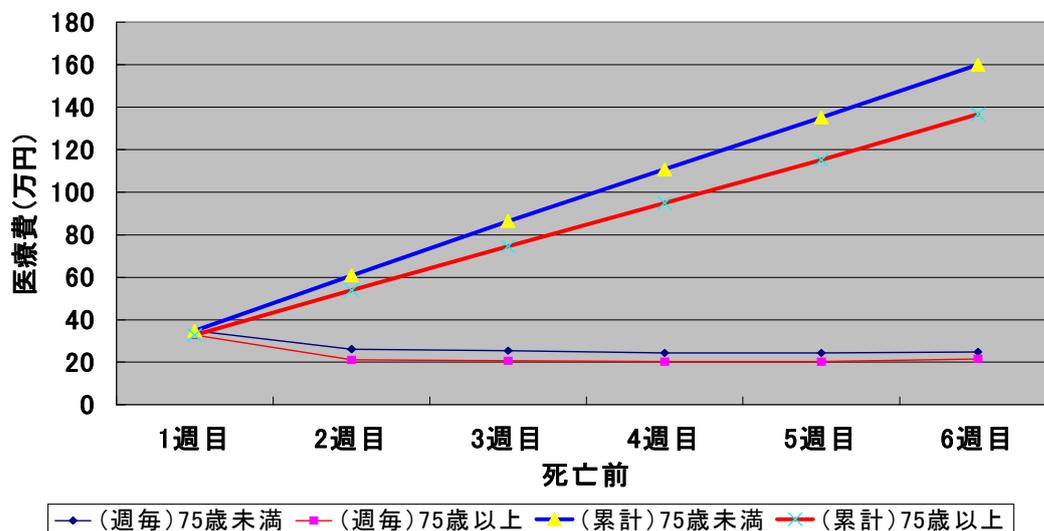
第4章 長期療養患者に対する包括支払方式

第3章では、次に示したように75歳以上の特性として、1日当たり医療費が低いことも指摘された。

特に、死亡前一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実施・準備病院といった急性期病院でも、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。

①悪性新生物（死亡症例の平均在院日数 75歳以上：35.83日 75歳未満：38.43日）

悪性新生物（死亡前1～6週目）



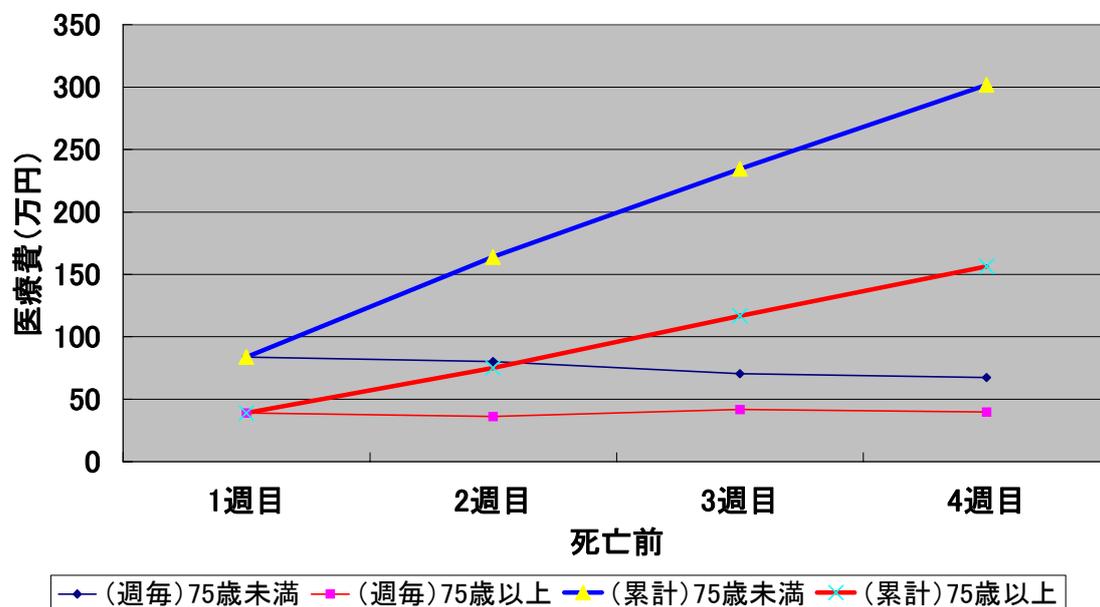
死亡前6週間で、

75歳以上は、136.7万円（3.3万円/日）。

75歳未満は、160.0万円（3.8万円/日）。

②心疾患（死亡症例の平均在院日数 75歳以上：24.49日 75歳未満：20.25日）

心疾患(死亡前1~4週目)



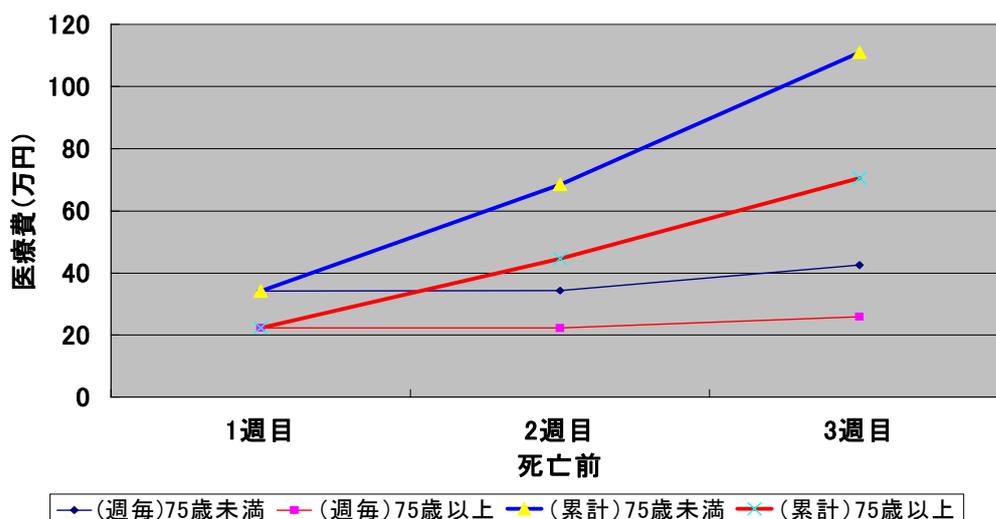
死亡前4週間で、

75歳以上は、156.5万円（5.6万円/日）。

75歳未満は、301.9万円（10.8万円/日）。

③脳血管疾患（死亡症例の平均在院日数 75歳以上：19.26日 75歳未満：12.54日）

脳血管疾患(死亡前1~3週目)



死亡前3週間で、

75歳以上は、70.6万円（3.4万円/日）。

75歳未満は、111.0万円（5.3万円/日）。

問題は累積ベースで、一週間に悪性新生物で約 32.8 万円、心疾患で約 38.9 万円、脳血管疾患で約 22.3 万円かかっている事実をどう考えるかである。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 4-1 は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」において死亡直前一週間前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だが、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。

図 4-1

症例の50%以上に対して行われた処置内容

	レセプト項目	7日前	6日前	5日前	4日前	3日前	2日前	1日前
投薬	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					
注射	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 50mg5mL	270円	810円	810円	810円	810円	810円	810円
	ソリタ-T3号 500mL	200円						
	リンデロン注 4mg(0.4%)	340円						
	生理食塩液 「ヒカリ」 100mL	100円	290円	190円	190円	100円		
	ヘパフラッシュ 10単位 /mLシリンジ 10mL						170円	
処置	液体酸素 定置式液化 酸素貯槽 (OF)	780円	780円	260円	780円	780円	780円	520円
	酸素吸入	650円						
検査	経皮的動脈 血酸素飽和 度	300円	300円					
入院	緩和ケア病 棟入院料	3.78万円						
	一般病棟入 院期間加算 (14日以内)	4,280円						
	栄養管理実 施加算	120円	120円					

医療の中身は、医師のプロフェッショナル・フリーダムに依拠する部分があるが、当該医療費を金額に換算すると療養病床の約 1 ヶ月分の医療費に相当する。

であれば、DPC 実施・準備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。それでは、後期高齢者にふさわしい療養病床の支払方式はどうあるべきだろうか。

■老人入院医療管理科制度の問題点

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科制度が導入された。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”が起きる危険性が指摘されている。また、この支払方式は、看護婦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る。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。折りしも、2000年4月に公的介護保険が導入されたことから、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、ケースミックスは3つの医療区分にADL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段階しかないことである。さらに、実測されたコストと随分乖離した点数となっていることも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ミ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と異なる新たな患者疾病分類が必要になるだろう。そこで、本章では、米国で進められている長期療養患者に関するケースミックスとそれを支払方式に利用しようとする試みを紹介する一方、DPCによる包括評価をもってしてもカバーできない部分をいかに補足するかについて述べる。

■米国における試み

1. 患者の特性に応じた支払方式の開発

米国では、長期療養患者の看護・介護ニーズを反映するような支払方式を作成する試みは、急性期の入院患者に対する包括支払制度であるDRG/PPSが導入される10年以上前から始まっている。具体的には、イリノイ州で1969年から、ナーシングホームに対して患者の特性に応じた支払方式の開発が始まった。しかしこれはDRGのような患者類型システムではなく、もっと簡便な方式であった。それは、長期療養タイプの患者特性に提供されたサービスを定義し、これとコストや支払料金を関連づけるものであった。

RUGの研究については日本病院管理学会雑誌「病院管理1993年4月号」の中で、慶応

大学の池上教授らが詳しく紹介しているので、ここでは詳細は避けるが、同論文の中で、「わが国の長期療養タイプの患者への応用についても信頼性と妥当性が検証された」という報告は注目に値する。

2. 「依存度別患者グループ」の登場

そして、RUG 研究の成果を受けて登場したのが PDG（依存度別患者グループ：Patient Dependency Group）である。PDG はエール大学の医療システムグループによって開発されたもので、RUG の発展型とされる。

そもそも PDG とは長期療養患者の類型化を目的として開発された患者の疾病分類である。その開発にあたっては患者の看護・介護ニーズを把握することを目的に、実際にナースingホームに入所中の患者の依存状態が測定された。

より具体的には、①患者の行動能力、②精神状態、③看護依存度などの記述から始まり、続いてデータ収集直前の 48 時間に受けた看護・介護サービスの量も測定・記述された。行動能力と精神状態については①患者の無反応、②自閉、③見当識障害、④徘徊、⑤多弁・罵倒、⑥抑うつなどの状況・程度を測定し、これを記述した。他方、看護依存度については、まず慢性脳症候群、老衰、神経系疾患（パーキンソン病、多発性硬化症、てんかんなど）といった、看護を必要とするまでに発現した特定の慢性疾患について記述された。また介護については、①排泄介助（たとえばバルーン・カテーテルの交換）や、②入浴、③移動（ベッドでの座臥、椅子の離着席）、④衣類の着脱、⑤食事介助などについて必要の有無のほか、その総量や必要な程度についても記述された。看護・介護サービスの必要量は、正看護婦や准看護婦、そして看護補助者が患者に対して費やした時間の総量が分単位で記録された。

■分析結果

分析には、AUTOGRP という手法を採用し、最終的には①衣服の着脱に要する介護のレベル、②食事に要する介護のレベル、③移動に要する介護のレベル、④排便機能の管理、⑤排尿機能の管理、⑥見当識の管理、⑦徘徊の程度に応じて 7 つの変数項目が選ばれた。厳密に言えば、質問に曖昧な部分があり、その解釈にかなりの主観が入るため、最後の 2 つの変数項目は不適当なものとして棄却された。

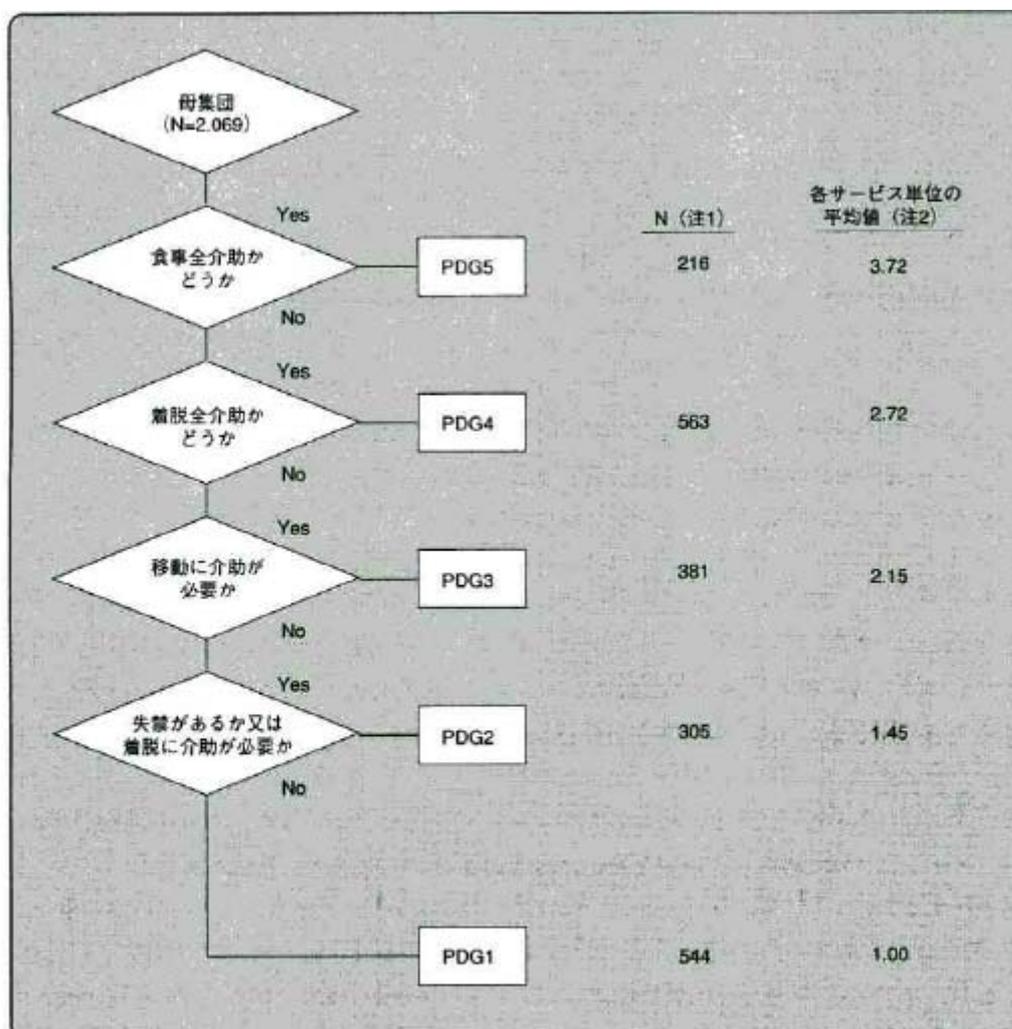
その結果、都合 5 つの PDG モデルが作成され、5 変数の分散値は 35.2%にまで低減された。なお、媒介変数には各 PDG に関する単位サービスの平均値が使用された。

5 類型の PDG モデルは図 1 のように樹形構造を成している。

①着脱介助のレベル、②食事介助のレベル、③移動介助のレベル、④排便機能の管理、⑤排尿機能の管理といった 5 つの変数で PDG モデルを定義づけたため、患者特性は簡潔かつ客観的である。なお、図 4-2 では一定の基準に従って患者を類別していくと異なる PDG に行き当たる様子が示されている。右側には患者数と各 PDG ごとのサービス単位の平均値が記されている。サービス単位の平均値は PDG1 を 1.00（比較参照グループ）とする

PDG5は3.72となる。また、サービス単位の中央値を調べると、PDG1の0.83からPDG5の3.39までの幅を有する。

図4-2 PDGの5種類



(注1) Sum is less than 2069 due to missing data for 60 individuals on one or more variables. (注2) See text explanation.
 (Robert D.Fetter: Resource Utilization Groups Validation and Refinement of a Case Mix System for Long-Term Care Reimbursement.)

■患者依存度の時系列変化（施設間の差異）

かりにナーシングホームに対する支払方式をわが国の療養病床のように「患者1人1日当たりいくら」という形にするならば、その料金はナーシングホームの患者が必要とする看護・介護サービスの平均的水準を反映したものでなければならない。

看護・介護サービスの平均値は、5つのPDG（依存度別患者グループ）それぞれに属している患者の比率によって決まる。つまり当該施設のケース・ミックス（患者構成）によるため、看護依存度の高い患者が多ければ多いほど、患者1人1日当たりの料金も高くなるはずである。

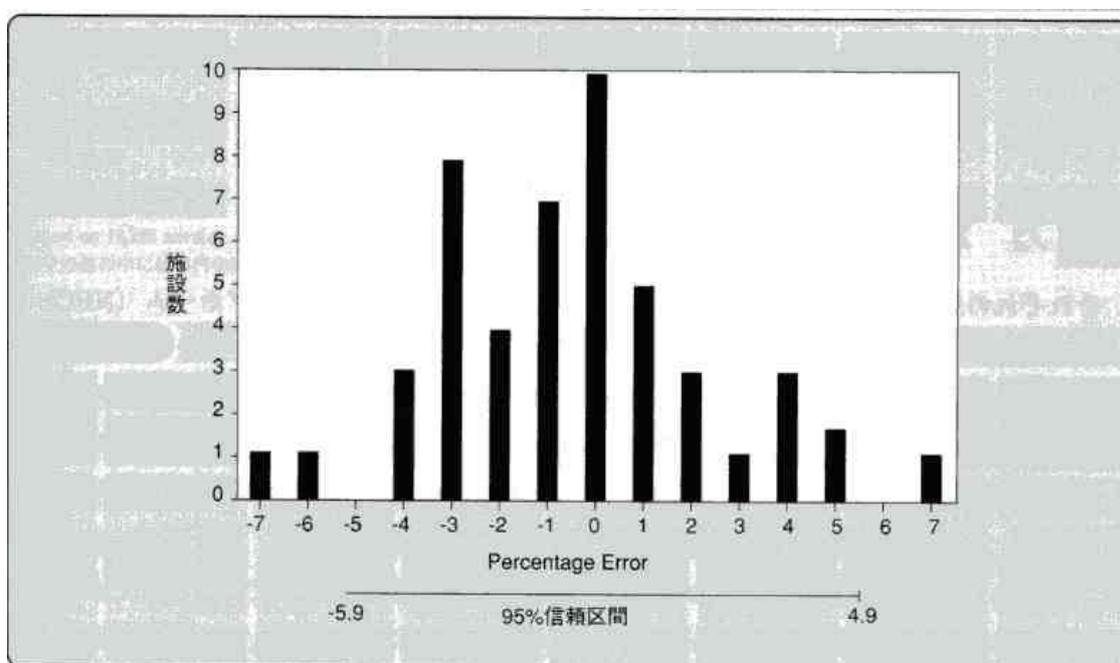
ただ、そこで問題になるのが、どのくらいの頻度でケース・ミックスをチェックするかで

ある。施設の患者構成が短期間のうちに目にみえて変わるとしたら、それだけ頻繁に患者構成を測定しなければならない。逆に患者が比較的安定しており長期間にわたって変化しないのであれば、測定回数も少なく（例えば年1回）で済む。

そこで、米国では患者構成の安定度を確定するため、一定の研究が行われた。より具体的には年1回の患者構成比と四半期の患者構成比がいかにより異なるかが比較された。すなわち、支払単価を決める基礎になる指標を①1年に1回か、もしくは②四半期に1回、再評価すべきかを調査したのである。

図4-3は、49のナーシングホーム（NHC）について年1回しか測定しない場合に予想される誤差率の分布を図示したものである。長期療養型施設の95%（信頼区間）が-5.9%から4.9%の間に存在し、誤差率のバラツキ（絶対値）の中央値は1.8%であった。

図4-3 年1回測定した場合の患者構成の誤差（%）



* : N=49NHC facilities analyzed see text for details.
 (Robert B.Fetter, "Resource Utilization Groups : Validation and Refinement of a Case Mix System for Long-term Care Reimbursement.")

上記の結果から、年1回しか測定しない場合は四半期ごとに測定した場合と比較しておよそ2%の幅で上下することが分かった。さらに、誤差率が5~6%を超えることはまずあり得ない（信頼区間95%）ことも判明した。これは、患者構成比は年間を通してほとんど変動しないので、1施設につき年1回の測定で概ね十分だということを示すものである。

換言すれば、誤差率変動の中央値と95%の信頼区間を加味して、1年ごとの患者構成比の測定を通じて実際の給付額にそのまま移し変えても医療政策上問題がないことになる。たとえば、当該施設で四半期ごとの患者構成に基づいて年間1億円が支払われるとすれば、年1回の測定であっても平均して年に200万円の誤差（1億円×2%）しか発生しないのである。さらに、95%の信頼区間の下で生じる支払誤差は、年間490万円から590万円の間

に収まる計算が成り立つ。

わが国の医療療養病床では、当該加算算定患者については、定期的（原則としてつきに1回）に当該加算の基準に基づく評価及び対策の要点を見直し、評価日と併せて診療録に記載することになっているが、その是非も改めて検討する必要があるだろう。

■実用性の3要件

急性期病院の支払方式では既存の診断・治療コードを用いるが、長期療養患者の場合は看護・介護に負う所が大きいため、新たに、患者の看護依存度の測定指標を作成する必要がある。しかし、当該指標もスタンダードはまだ完成していないのが現状である。その結果、患者の看護・介護依存度に関する膨大な観察記録の中から選ばれた変数を支払方式に用いざるを得ない。また、医療区分についてもわが国の医療療養病床は反省点も多いが、こうした指標の実用化にあたっては、信頼性と妥当性といった基準だけで済まない面がある。患者構成を用いた支払方式を実用性のあるものにするためには、次の3点を満たす必要がある。

- ①必要な情報を経済的に集められること。
- ②測定結果は、一定の精査によって検証できること。
- ③尺度は明確で、一般に共通の理解が得られるものであること。

1.測定の経済性

測定コストを左右する要素は①測定対象（サンプル）の数と、②測定実施に要する時間の2つである。PDGシステムでは5つの患者特性（着脱、食事、移動、排泄（排便・排尿））しか評価しないので、データ収集の経済性は問題ないだろう。特に患者特性のうち3種類のデータ（着脱、食事、移動）は、患者と面識がなくても、数時間の症状観察で回収可能である。また、他の患者を観察するために中座する事はあるだろうが、その経済性にはさほど悪影響を与えない。

たとえば食事サービスにおいて、1回の食事時間に1人で複数の患者を観ることも可能である。評価者が、当該施設に1人で初めて訪れたとしても、カルテを読まずに基本的な事項について質問するだけで、多くの患者に関するほとんどすべての患者特性について適切な測定ができるだろう。こうした作業はおそらく1日もあれば十分といえよう。これに対して、失禁のような事柄は8時間程度の間には観察できるとは限らないので、排泄機能についてはカルテをみたうえで患者と面接して情報を補う必要がある。

2.精査による検証

長期療養患者を巡る患者構成ベースの支払方式は、その実測を施設側に任せて、当局はその信頼性のみ検証するのが望ましいとされる。というのは、施設によっては患者数が少ないばかりか、患者の入れ替わりも頻繁なので、たとえ実測時間は短いにしても、その都

度出向いて情報を集めるのは高価だからである。

わが国でも医療療養病床の医療・ADL区分のアップ或いはダウンコーディングを精査するシステムの構築が求められる。

3.定義の明確さ

評価者によって結果が異なるということでは、とても支払方式には耐えられない。その点、PDGによる患者特性の分類システムは明瞭かつ簡単であるとされるが、わが国の要介護度認定はどうだろうか。PDGシステムはその目的によって多様な状況（施設）に適用可能となっているので一致率は高いとされるが、観察する患者特性の数がきわめて少ないと、境界例の割り振りに際しては症状詳記が求められる。

■まとめ

厚生省の老人保健福祉審議会は1996年4月22日に最終報告書をまとめた。これは公的介護保険の考え方を網羅的に示したものと見える。ただし、制度設計面では意見集約できず複数意見を併記する形に止めた。介護保険給付については、第2次中間報告をほぼ踏襲し、かかりつけ医による医学的管理を給付対象とした上で、急性期医療は従来どおり医療保険から給付する方向で整理した。また、要介護認定基準は、日常生活動作や痴呆状態に着目した基準だけでなく、医学的観点から医療給付、介護給付を区分する要介護認定の客観的基準作りが必要と提言し、医療が積極的に関与していく方向を打ち出した。長期療養における患者類型・アセスメントは、2000年から公的介護保険が導入されたことでますます重要性を増している。

ここで扱ったPDGシステムは、ナーシングホームの入所者を対象に米国で考案されたもので療養病床や老人病院などの医療的関与が無視されている点が欠点である。他方、その長所は、ただちに観察できる5つの特性（①着脱、②食事、③体位変換・移動、④排便、⑤排尿に要する介助の度合）と、アセスメントから特定される5つの患者類型、つまりプロセスと結果の両面における簡便さにある。

このシステムでは患者の依存度に着目して5つの類型（PDG）を設け、それぞれのPDGについて看護・介護に関する資源投入量と患者の看護・介護依存度がうまく相関することを実証している。つまり投入資源を看護・介護依存度の関数として抽出し、①看護・介護の労働量、ひいては給付金額と、②看護・介護依存度に代表される患者の属性とを結びつけることに成功したものとなっている。

これに対して、わが国の療養病床にかかる経済的評価は数々の矛盾を抱えているが、かりに2012年3月末までに介護療養病床を廃止するというならば、図4-4のような形で①医療区分・ADL区分等からなる医療療養評価と②要介護度からなる介護療養評価との整合性を合わせる努力が求められる。

図 4-4 医療区分と介護区分との対応表
(50 床例)

医療区分	要介護度区分					小計
	1	2	3	4	5	
1			5.5%			5.5%
2		1.8%	14.5%	20.0%	47.3%	83.6%
3					10.9%	10.9%
小計	0.0%		20.0%	20.0%	58.2%	100.0%

また、当局は、療養病床から介護老人保健施設への転換を考えているようだが、これは機能的に経営面からも難しいと言わざるをえない。図 4-5 は、国の公表資料に従って一定の前提条件に基づいて行った試算結果だが、必要スタッフが少なくて済む介護老人保健施設に転換すると、短期的に人員整理ができるかどうかに関係なく、赤字基調（入院基本料 2 で人員整理可の場合を除く）になることがわかる。

図 4-5

療養病床の転換と収支(年額)の増減(差額分析) ～シミュレーションの前提条件

- ・病床数 81 (病院の療養病床の全国平均=81.4)(平成16年医療施設調査)
- ・病床利用率 93.5% (平成16年病院報告)
- ・1日患者数 76人 (=81×93.5%)

- ・賃金(年額、賞与を含む)(平成17年賃金構造基本統計調査)

医師	10,467.6千円
看護職員	4,414.4千円(看護師と准看護師の賃金の加重平均値)
看護補助者	2,773.8千円
介護職員	看護補助者の額を準用

- ・療養病床(医療保険)、2006年7月1日以降の患者のADL・医療区分別割合
(中央社会保険医療協議会 診療報酬調査専門組織・慢性期入院医療の包括評価調査分科会(平成17年度第4回)(平成17年11月11日)参考資料 p.6)

ADL区分3	13.9%	18.9%	9.8%
ADL区分2	16.7%	11.2%	1.5%
ADL区分1	19.6%	7.2%	1.4%
	医療区分1	医療区分2	医療区分3

- ・介護保険施設(経過型介護療養医療施設・介護老人保健施設)入所者の要介護度割合
(平成16年度介護保険事業報告;施設介護サービスの給付件数の比率を準用)

要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
8.3%	12.2%	19.4%	29.1%	31.0%

図2 療養病床の転換と収支の変化(年額)

年額(単位:千円)	収 支 ¹⁾ 05年6月	療養病床 06年7月～	経過型介護 療養医療施設	介護老人 保健施設
入院基本料1だった場合			(従来型個室)	(従来型個室)
総収入	829,158	805,751	761,422	732,649
総費用				
人員整理不可	816,112	816,112	816,112	816,112
人員整理可		805,017	779,158	752,673
総収支差額				
人員整理不可	13,046	-10,361	-54,690	-83,463
人員整理可		734	-17,736	-20,025
総利益率				
人員整理不可	1.6%	-1.3%	-7.2%	-11.4%
人員整理可		0.1%	-2.3%	-2.7%
入院基本料2だった場合			(多床室)	(多床室)
総収入	829,158	825,169	811,631	773,981
総費用				
人員整理不可	816,112	816,112	827,207	816,112
人員整理可		816,112	790,253	763,768
総収支差額				
人員整理不可	13,046	9,057	-15,576	-42,131
人員整理可		9,057	21,378	10,213
総利益率				
人員整理不可	1.6%	1.1%	-1.9%	-5.4%
人員整理可		1.1%	2.6%	1.3%

1) 中医師「第15回医療経済実態調査」; 療養病床を有する一般病院(平均病床数152)の収支を、本シミュレーションの前提条件である81床に換算。

入院基本料1だった施設は、06年7月以降、人員整理をしないと年間約1千万円の赤字か。

むしろ、ここで興味深いのは、医療療養病床に転換すると確かに利益率は悪化するが、未だプラスの利益率が計上できる(入院基準料1で人員整理不可の場合を除く)という点である。よって、今後は供給面では介護療養病床から医療療養病床への転換が増えることが予想される。そうであれば、後期高齢者については急性期病院から医療療養病床への転科(床)が円滑に行われるように、「エピソード払い」の考え方の採用が切に求められる。

第5章 後期高齢者にふさわしい外来診療報酬とは

次に、外来の診療報酬はどうすればよいのだろうか。

2005（平成17）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（表5-1）。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。

表5-1 一般医療－老人医療－年齢階級別にみた入院外の診療行為別1件当たり点数・1日当たり点数・1件当たり日数

診療行為	一般医療	老人医療	年齢階級				
			0～14歳	15～39歳	40～69歳	70～79歳	80歳以上
			1件当たり点数				
総数	1 122.0	1 656.5	795.3	889.1	1 370.3	1 508.8	1 575.5
・再診	242.5	230.1	313.8	247.6	218.3	226.9	230.8
・指導管理	106.4	154.7	145.1	29.9	124.3	148.9	152.3
在宅医療	31.8	115.0	33.8	18.5	40.8	66.6	158.4
検査	192.8	221.9	89.5	205.4	219.3	229.0	208.3
画像診断	78.0	101.6	30.5	67.3	94.5	108.2	95.0
投薬	242.7	412.9	113.8	163.8	309.2	390.2	427.2
注射	52.0	115.1	6.5	23.5	82.2	95.6	117.7
リハビリテーション	8.9	20.1	5.7	4.6	11.7	20.2	15.5
精神科専門療法	29.6	15.5	2.1	52.2	30.9	15.4	16.5
処置	106.4	227.7	36.5	48.2	204.5	161.2	120.6
手術	25.5	29.6	17.8	26.2	28.4	31.0	22.5
麻酔	2.6	8.5	0.2	1.3	3.2	9.3	6.9
放射線治療	2.8	3.6	-	0.7	3.2	6.3	3.4
			1日当たり点数				
総数	657.0	726.6	493.4	598.7	756.4	692.3	683.7
・再診	142.0	100.9	194.7	166.7	120.5	104.1	100.2
・指導管理	62.3	67.9	90.0	20.1	68.6	68.3	66.1
在宅医療	18.6	50.4	21.0	12.5	22.5	30.5	68.7
検査	112.9	97.4	55.5	138.3	121.1	105.1	90.4
画像診断	45.7	44.6	19.0	45.3	52.2	49.7	41.2
投薬	142.1	181.1	70.6	110.3	170.6	179.0	185.4
注射	30.5	50.5	4.0	15.8	45.4	43.9	51.1
リハビリテーション	5.2	8.8	3.5	3.1	6.4	9.3	6.7
精神科専門療法	17.3	6.8	1.3	35.1	17.0	7.1	7.2
処置	62.3	99.9	22.6	32.4	112.9	74.0	52.3
手術	14.9	13.0	11.0	17.6	15.7	14.2	9.8
麻酔	1.5	3.7	0.2	0.9	1.8	4.2	3.0
放射線治療	1.6	1.6	-	0.4	1.8	2.9	1.5
			1件当たり日数				
	1.71	2.28	1.61	1.48	1.81	2.18	2.30

注：1)「一般医療」及び「老人医療」には、年齢不詳を含む。

2)「総数」には「入院料等(短期滞在手術基本料1)」を含む。

■高齢者の外来受療動向と診療報酬制度

平成 17 年患者調査概況（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 13086 人（約 2.36 倍）となっている。

1 日平均 700 人弱の外来患者が通院するある公立病院の調査では、70 歳以上の患者の約 22%が複数診療科を受診しているという（2006 年 4 月時点）。これは、一般の年代よりも受療機会が著しく多いことを物語っている。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、これが実態にあっていない。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である。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、第 1 章で述べたように、医療の持続性が求められるわけである。

そこで、以下、「エピソード払い」という観点から現行の外来の点数表を見直してみることにしよう。

1.投薬—高齢者にあった薬物療法のパッケージ化

個々の診療行為を見ると「在宅医療」「投薬」「注射」「処置」の 4 区分が目立つ。特に高齢者医療における投薬の占める割合が 24.9%と突出している（一般医療の投薬は全体の 21.6%）。注射とあわせて、薬剤比率をいかに適正化するかが高齢者医療の喫緊のテーマだろう。そのためには、後期高齢者のかかりつけ調剤薬局との連携が不可欠である。というのは医薬分業が普及する一方で、複数の医療機関から消炎鎮痛剤や湿布・軟膏など、同種同効の薬剤が処方されるケースが後を絶たないからである。

しかしその一方で、高齢者は複数以上の疾患を有しており、同時並行的に治療を受けていることも、その特性として、考慮しなければならない。社会医療診療行為別調査では、医療機関内投与における薬剤種類別件数の構成割合が以下のとおり報告されている。

薬剤種類数別件数の構成割合（入院外・投薬 単位：%）

	一般医療	老人医療
1～2種類	48.3	36.7
3～4種類	29.9	25.9
5～6種類	13.1	17
7種類以上	8.7	20.4

他方、調剤薬局での同様の調査では

薬剤種類数別件数の構成割合(薬局調剤 単位:%)

	一般医療	老人医療
1～2種類	42.5	33.8
3～4種類	30.8	24.8
5～6種類	15.1	17.1
7種類以上	11.6	24.3

という結果となっており、院外処方（調剤薬局での薬剤投与）によって、より薬剤種類別構成比の高くなることが明らかとなった。薬剤費を削減するために、厚生労働省は後発医薬品へのシフトを推奨しているが、高齢者医療に関しては、まず処方管理を適切に実施するための診療報酬上の仕組みが必要ではないだろうか。

また、後期高齢者医療制度において、多剤投与を回避するためのマネジメントと服薬コンプライアンスを確保し得る調剤報酬も併せて検討すべきである。

2.注射 — 重症化予防の重要性

高齢者医療において、外来注射の役割は「鎮痛効果を期待するもの」と「感染性疾患における抗生剤投与、及び脱水に対する補液」が大半を占めていると考えられる。表 5-2 は疾病大分類別の疾患罹患率をまとめ、年代別に対比したものである。

ほとんどの疾病分類で 75 歳以上の後期高齢者の罹患率が高いという結果になっている。特に後期高齢者に多い（罹患率の高い）疾病は「循環器系の疾患」「筋骨角器系及び結合組織の疾患」「消化器系の疾患」である。

循環器系の疾患に対する外来注射は、緊急時を除き、施行されることは極めて少ない。また消化器系の疾患では、急性胃腸炎などの感染症において抗生剤や補液の投与が行われるものの、あくまでも一過性のものである。ゆえに高齢者医療費に大きく影響するのは筋骨角器系疾患、特に肩関節周囲炎及び変形性膝関節症などの治療に対して定期的に行われる関節腔内注射と考えられる。投与は薬剤適用上、週 1 回とされているが、診療報酬算定上は「部位ごと」となっており、両肩・両膝の 4 部位を同時に算定することが可能である（レセプトには部位の記載が必要とされている）。算定される点数は「関節腔内注射 80 点」と「薬剤（先発ディスク製剤）1885 円」の合算額となり、1 回 1 部位当たり 268 点となる。高齢患者の中には複数部位に疾患を持つ者も多く、1 ヶ月で 10 数回の算定を行う患者も少なくないのが実態である。

2006 年診療報酬改定では維持期リハビリテーションが廃止（日数制限）された。これによって確かにリハビリテーションにおける医療費は削減されたが、それが注射や消炎鎮痛処置の医療費を増額させることにつながっているのではないだろうか。仮にそうであれば、筋骨角器系疾患の疼痛緩和や疾病予防を目的とした機能維持のためのリハビリテーションはもっと拡大すべきではないか。高齢者医療を個々の診療報酬でとらえるのではなく、複合された疾患の全体像を見ながら、エピソードを重視した報酬体系が必要とされるので

ある。

表 5-2

疾病大分類	35～64 歳		75 歳以上		疾患罹患率 対比(倍)
	人数	罹患率	人数	罹患率	
感染症及び寄生虫症	79.1	0.152	33.8	0.291	1.920
新生物	85.6	0.164	48.4	0.417	2.541
血液及び造血器の疾患並びに免疫機構の障害	11.9	0.023	4.8	0.041	1.813
内分泌、栄養及び代謝疾患	156.9	0.301	86.7	0.747	2.483
精神及び行動の障害	111.1	0.213	27.7	0.239	1.120
神経系の疾患	48.4	0.093	39.0	0.336	3.621
眼及び付属器の疾患	85.9	0.165	94.8	0.817	4.960
耳及び乳様突起の疾患	31.0	0.059	19.0	0.164	2.754
循環器系の疾患	264.0	0.506	378.7	3.264	6.446
呼吸器系の疾患	176.8	0.339	67.8	0.584	1.723
消化器系の疾患	590.9	1.133	151.1	1.302	1.149
皮膚及び皮下組織の疾患	85.1	0.163	32.2	0.278	1.700
筋骨格系及び結合組織の疾患	285.3	0.547	348.1	3.000	5.483
尿路器系の疾患	108.4	0.208	48.3	0.416	2.002
妊娠、分娩及び産じょく	2.8	0.005	-	-	-
周産期に発生した病態	-	-	-	-	-
先天奇形、変形及び染色体異常	2.4	0.005	0.7	0.006	1.311
症状、徴候及び以上臨床所見・異常検査所見で他に分類されないもの	27.0	0.052	15.3	0.132	2.547
損傷、中毒及びその他の外因の影響	115.2	0.221	39.1	0.337	1.525
健康増進に影響を及ぼす要因及び保健サービスの利用	175.1	0.336	87.6	0.755	2.248
(年代別総人口)	521385		116019		

平成17年患者調査概況、平成17年国勢調査より作成(単位:千人・%)

3. 処置 — 必要性を認め、原価に応じた対応を

外来における処置は、外傷などに対する非日常的処置よりも消炎鎮痛処置や人工透析などの定期的に実施されるものが検討の対象となろう。事実、リハビリテーションの日数制限を受けて、リハビリテーションから物理療法などの消炎鎮痛処置算定に移行した医療機関が多い。2006年診療報酬改定で消炎鎮痛処置の5回目以降の所定点数低減が廃止されたことも関係していると考えられる。

ある一般病院では2006年10月の1ヶ月間で、286人の外来患者に対し、延べ2027回の消炎鎮痛処置を実施しているという。従来は運動器リハビリテーションを行っていた患者からの移行が中心である。4人の療法士（パートタイム、臨時職員を含む）の給与合計は約85万円であったが、消炎鎮痛処置の収入は約71万円となっており、経営的にもリハビリテーションから処置への移行は大幅な減収を余儀なくされている。幸いにも当該病院では、物理療法の機器は大半が減価償却済みだったが、他の費用も加われば、原価を大きく下回る収入しか得られない医療機関が多いと考えられる。

一方、我が国の人工透析患者数は240365人（日本透析医学会「2005年末の慢性透析患者に関する基礎統計」より）であり、その約21.5%の51615人が75歳以上となっている。透析は一度導入されると生涯にわたって必要とされるため、年々高齢の透析患者数は多くなることが想定される。調査段階では75歳未満と75歳以上の比率が約3.7対1であった。国勢調査の人口統計では、同比率が約10対1であることから、処置に関わる高齢者医療費が高いことの一因として血液透析が挙げられる。

確かに、血液透析は収益性の高い分野とされるが、図5-1に示したように20年間で治療成績は向上したにもかかわらず、支給される医療費は実質4分の1となっている。英国のように一定の年齢を超えると、血液透析を打ち切ることがないよう後期高齢者に対して、適切な形で医療が提供されるような診療報酬体系が望まれる。特に最近では、糖尿病性腎症が増えていることから、決して回数制限や粗診粗療につながるような誘導があってはならない。適正な医療原価分析に基づき、糖尿病の予防も含めた、「疾患エピソードに基づく診療報酬体系」が求められる。

図 5-1

	名目ベース		実質ベース (物価補正*後)	
	1979年	1999年	1979年	1999年
国民医療費(兆円)	10.95	30.93	15.69	30.72
一般診療医療費(兆円)	9.70	24.01	13.90	23.85
透析医療費**(兆円)	0.53	1.17	0.76	1.13
対一般診療医療費	5.5%	4.8%	-	-
透析1例当たり(万円)	1,630	630	2,335	626

注)*:2000年の全国消費者物価指数を100として計算。

**:[糸球体疾患,腎尿細管間質性疾患および腎不全]に関する医療費。
この金額をすべて透析医療費と仮定。

■ 医療費が相対的に低下する中で、
治療成績は向上。

治療成績	1979年	1995年
1年生存率	70.6%	86.1%
5年生存率	51.0%	60.5%

■求められる「後期高齢者総合診療料」の新設

この他、他分野の点数の利点を後期高齢者に応用してどうだろうか。たとえば、高齢者医療と同様に個体差の大きい小児医療では「小児科外来診療料」という包括診療料が設定されている。届出制で診療所を中心に算定が行われている。この点数は初再診料加算以外のほとんどの診療内容が包括となっており、初診時と再診時で算定できる点数が異なっている。医療機関は一定の届出を行えば、年齢要件をクリアするだけで、診療報酬の算定ができる。自治体によっては乳幼児医療に別途、補助している所もあるため、患者の一部負担金が発生しないケースもある。諸外国に比べて著しく遅れているとされるお年寄りに対するワクチン接種も含めて、後期高齢者医療制度に、この概念を導入すれば疾病予防にも貢献するのではないだろうか。

また、疾病予防を目的とした包括点数のひとつに「生活習慣病管理料」がある。この管理料のポイントは「主病別に点数が設定されている」ことであるが、医療の質が担保された高齢者医療を提供するということを考慮すると、「疾患別点数」という要素を取り入れるべきではないだろうか。

第五次医療法の改正によって今後、地域医療計画が見直され、4疾病（がん、急性心筋梗塞、脳血管疾患、糖尿病）を中心とした連携体制が整備されるが、それと歩調をあわせた保健医療システムの構築が望まれる。

具体的には「後期高齢者総合診療料（仮称）」を設定し、高齢者の主要な疾患ごとに区分された包括点数を導入してはどうだろうか。さらに急性増悪期や高点数の手技・薬剤は出来高にするなど、医療経営上の配慮を含めた、「包括+出来高のミックス」を実現することが必要であると思われる（「表 5-3」参照）。

表 5-3 後期高齢者総合診療料（仮称）

	所定点数		
	当該月初回	2回目	3回目以降
後期高齢者総合診療料Ⅰ（主として院外処方箋を発行しない患者）			
イ 主病名が循環器疾患であるもの	650	600	400
ロ 主病名が脳血管疾患であるもの	630	580	380
ハ 主病名が代謝性疾患であるもの	680	630	430
ニ 主病名が悪性腫瘍であるもの	750	700	500
ホ 主病名がイ～ニに該当しないもの	650	600	400
後期高齢者総合診療料Ⅱ（主として院外処方箋を発行する患者）			
イ 主病名が循環器疾患であるもの	450	400	200
ロ 主病名が脳血管疾患であるもの	430	380	180
ハ 主病名が代謝性疾患であるもの	480	430	230
ニ 主病名が悪性腫瘍であるもの	550	500	300
ホ 主病名がイ～ニに該当しないもの	450	400	200

1. 同時算定が可能な加算

- 初診加算 50点
 - … 初診日にのみ算定
- 医療情報共有加算 5点
 - … 地域の他医療機関と患者情報を共有して診療にあたっている場合に算定

2. 包括、および出来高の範囲

診療区分	包括項目	出来高項目
診察料(加算を含む)	全て	—
医学管理等		診療情報提供料
在宅医療	—	全て
検査	検体検査	
画像診断	全て	—
投薬	全て	—
注射		化学療法に関わる薬剤
リハビリテーション	—	全て
精神科専門療法	—	全て
処置		1000点以上の処置
手術・麻酔	—	全て
放射線治療	—	全て

3. 後期高齢者総合診療料を算定しない場合（出来高算定）

- 主病の急性増悪で受診した場合
- 時間外、休日、深夜の受診
- 200床以上の病院に紹介なしで受診した場合

こうした発想は、従前、老人診療報酬制度下で存在していた点数に由来する。その代表的なものに「老人慢性疾患外来総合診療料（2002年10月廃止）」と「寝たきり老人在宅総合診療料（2006年4月廃止）」がある。

まず、老人慢性疾患外来総合診療料（外総診）とは平成6年の診療報酬改定で創設された項目で、その要件は、医療機関（診療所もしくは200床未満の病院）の届出により、老人慢性疾患患者を対象に算定するものとされていた。外総診を算定する患者の急性増悪については、その旨レセプトに記載することで出来高点数を算定することとなっている。

2002年の廃止前の点数は775点で検査や投薬などが包括され、算定は月2回までとなっていた。2002年は、一般、および老人診療報酬全体が大幅に引き下げられた年で、その中で外総診は高額な点数であるとされていたので、“突如廃止”となった次第である。

日本医師会のレセプト調査によれば、この点数が廃止されたことにより、診療所で1日

当たり点数が約 20%減少、200 床未満の病院ではレセプト 1 件当たり 3.95%の点数減であったという。

「高齢者の心身の特性」という視点で考えると、現在検討されている後期高齢者医療制度において、こうした外総診の考え方は参考になるのではないだろうか。

次に寝たきり老人在宅総合診療料（在総診）は 1992 年の診療報酬改定で創設された、診療所を中心とした点数である。具体的には 24 時間連携体制加算や緊急時入院体制加算などの医療連携を推進（誘導）する加算点数が設定されていた。複数の対象患者が同居していた場合、全ての患者が算定対象となっていたので、広く普及した点数である。

2006 年診療報酬改定では在宅療養支援診療所（在支診）が創設され、在総診は「在宅時医学総合管理料」に姿を変えている。診療所のみならず 200 床未満の病院も算定できる点数であるが、その点数格差はあまりにも大きい。また、在宅時医学総合管理料は 24 時間連携を前提とした点数であるため、従来の在総診で 24 時間連携体制加算を算定していた医療機関は、大幅な減収となる。そこには「在宅医療の提供は病院ではなく在支診へ」という政策意図が感じられる。

表 5-4 は介護保険施行以降の在総診の変遷をまとめたものである。所定点数は徐々に引き下げられたものの、加算を併用すると、なお魅力的な点数であることがわかる。2006 年には在支診に対して、さらに点数引き上げを実施している。厚生労働省は今後の高齢者医療において「在宅医療まで一貫した体制」を想定しているが、そのためには在支診以外の医療機関でも在総診（加算を含む）並みの点数設定が必要であろう。一部の在支診が 24 時間連携の難しさから届出を撤回している（全国保団連調査結果報告より）が、在宅医療を積極的に展開している病院があることや地域的問題で病院が在宅医療に取り組みなければならないという実態があることなどを考えると、在総診の復活が求められる。

表 5-4

	2000年	2002年	2004年	2006年
在総診の変遷	<ul style="list-style-type: none"> 寝たきり老人在宅総合診療料 イ 処方箋交付あり 2300点 ロ 処方箋交付なし 2600点 24時間連携体制加算(1) 1600点 (2) 1400点 (3) 410点 	<ul style="list-style-type: none"> 寝たきり老人在宅総合診療料 イ 処方箋交付あり 2290点 ロ 処方箋交付なし 2575点 24時間連携体制加算(1) 1400点 (2) 1400点 (3) 410点 	<ul style="list-style-type: none"> 寝たきり老人在宅総合診療料 イ 処方箋交付あり 2290点 ロ 処方箋交付なし 2575点 24時間連携体制加算(1) 1400点 (2) 1400点 (3) 410点 	<ul style="list-style-type: none"> 在宅時医学総合管理料 1.在宅療養支援診療所の場合 イ 処方箋交付あり 4200点 ロ 処方箋交付なし 4500点 2.1以外の場合(200床未満) イ 処方箋交付あり 2200点 ロ 処方箋交付なし 2500点
ポイント	<ul style="list-style-type: none"> 24時間連携体制の加算が拡大。 	<ul style="list-style-type: none"> 在総診の点数引き下げ 老人慢性疾患外来総合診療料(外総診)が14年10月にて廃止。 	<ul style="list-style-type: none"> 02年改定から変化なし。 	<ul style="list-style-type: none"> 在宅療養支援診療所が創設され、一般診療所、200床未満の病院との点数格差が大きくなった。 従来、24時間連携体制加算を算定していた医療機関は、在宅療養支援診療所
その他老人関連	<ul style="list-style-type: none"> 介護保険4月より施行。 	<ul style="list-style-type: none"> 長期入院患者に特定療養費を導入。 療養病棟入院基本料に障害加算、痴呆加算を導入。 	<ul style="list-style-type: none"> 訪問看護の拡大(1日複数回訪問、訪問点滴注射の新設)。 	<ul style="list-style-type: none"> 老人診療報酬が廃止され、一般診療報酬と一本化される。 介護療養病床の廃止(12年度)が決

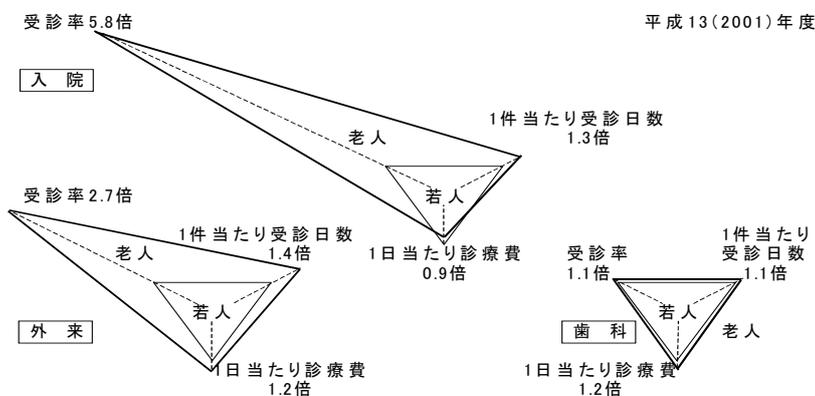
■迅速検査の導入で受診率の適正化を図る

次に、後期高齢者の外来受診率の適正化について考えてみよう。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しては医科の受診率は高いが、歯科の受診率が低いという事実である。これは日本歯科医師

会が「8020 運動」を展開しているにもかかわらず、実態は“8008”になっていることに関係していると考えられる。確かに、80 歳になっても 20 本の歯があるお年寄りも 20%は存在するが、総じて後期高齢者の口腔状態は良好ではない。しかし、都道府県に医科と歯科の受診率をプロットしてみると、両者には強い相関がある。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、えん下障害の防止という意味合いもあるので、後期高齢者については、医科と歯科との連携を図るエピソード払いが求められる。

図 5-2

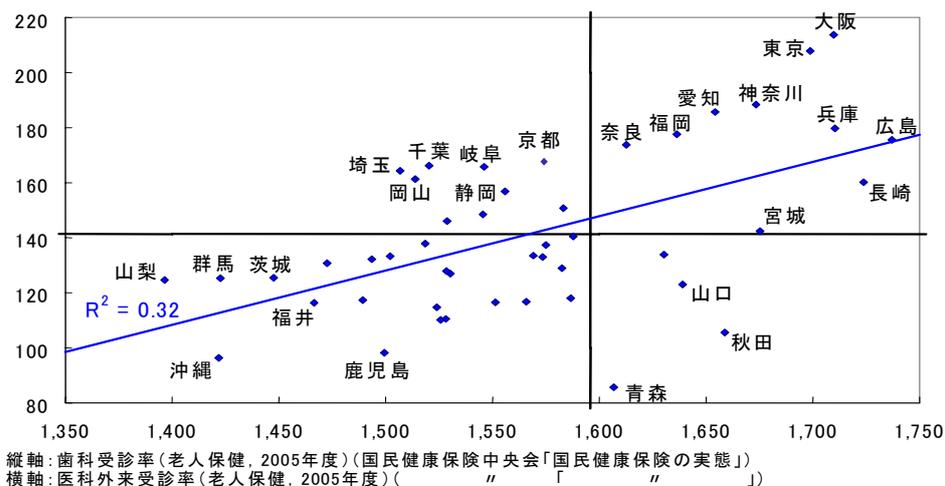
老人医療費の特性—3要素の比較



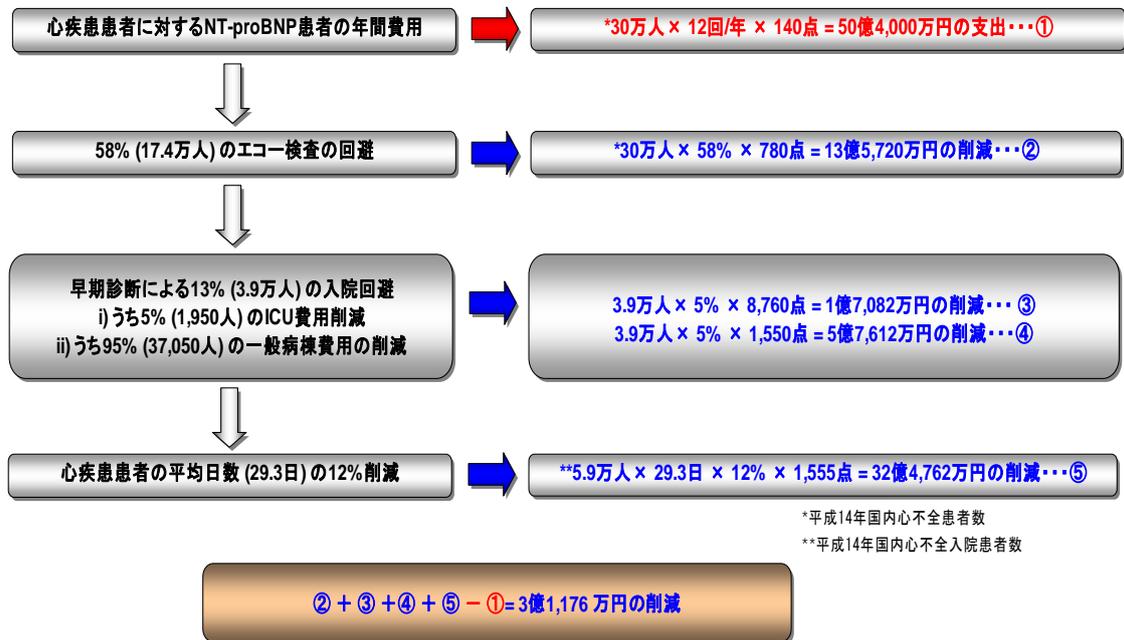
(出典)厚生労働省「老人医療事業年報」

図 5-3

受診率(歯科・医科外来;老人)



また、老人の受診率を若人の受診率で除して一定の倍率を求めると、医科、歯科ともに



①心疾患患者 30 万人のエコー検査回避による削減効果

$$300,000 \text{ 人} \times 58\% \times 780 \text{ 点}^* \\ = 13 \text{ 億 } 5720 \text{ 万円} \dots A$$

*D215 超音波検査 3 イの UCG 断層撮影法及び M モード法による検査

②心疾患患者の入院回避による削減効果

心疾患患者 300,000 人 × 13% = 39,000 人が入院患者となった場を想定し、以下削減金額を算出

i) 一日あたりの ICU 患者費用

$$39,000 \text{ 人} \times 5\% \times 8,760 \text{ 点}^{**} \\ = 1 \text{ 億 } 7,082 \text{ 万円} \dots B$$

**A301 特定集中治療室管理料 1 の 7 日以内の期間

ii) 一日あたりの一般病棟 (リカバリー室含) 費用

$$39,000 \text{ 人} \times 95\% \times 1,555 \text{ 点}^{***} \\ = 5 \text{ 億 } 7,612 \text{ 万円} \dots C$$

***A100 一般病棟入院基本料 1 の 7 : 1 入院基本料

③ 心疾患患者の入院日数削減

平均入院日数 29.3 日 × 12% = 3.516 日となり、これを国内における入院患者数 59,400 人の 1 日あたりの一般病棟費用に当てはめた場合の削減額

$$59,400 \text{ 人} \times 1,555 \text{ 点} \times 3.516 \text{ 日} \\ = 32 \text{ 億 } 4,762 \text{ 万円} \dots D$$

④上記 1) ～3) の総医療費削減額および検査費用

i) 上記 1) ～3) の総医療費削減額

A+B+C+D = 53 億 5,176 万円

ii) 検査費用

360 万検体 (年間検査数) × 1,400 円 (140 点) = 50 億 4,000 万円

年間医療費削減効果

i) 総医療費削減額－ii)検査費用 = 3 億 1,176 万円

検査の市場規模約 4,000 億円から見れば 0.1%にも満たない金額だが、エピソードの考え方を導入することで、検査の迅速化と医療費の節約の同時達成が可能になれば、後期高齢者に負担をかけずに通院・入院回数を減らすことができるのではないだろうか。

第6章 在宅で“看取る”ための診療報酬体系とは～在宅専門医からの政策提言

ここ数年の医療政策は、医療費の効率的な運用のために医療機関の機能分化を促進している。医療機関の機能分化とは、一定の医療圏の中で個々の医療機関が個別の専門性や特殊性を発揮しつつも、お互い連携しあって良質かつ効率的な医療を提供することである。従来は、「自己完結型」の医療が一般的だったが、最近は医療の高度化もあいまって、「地域完結型」の医療が広くわが国で展開されている。まさに、「競争」と「連携」のバランスが今後のキーワードとなるだろう。

他方、2000（平成12）年に介護保険制度が始まった。介護保険は、老人医療の長期ケアの部分を取り離れた、いわゆる「社会的入院」（医療の必要性からではなく社会的な理由から発生した入院）を是正することを目的として始まった制度である。それまで医療機関は、老人保健施設（現在の介護老人保健施設）、特別養護老人ホーム（現在の指定介護福祉施設）との連携は必ずしも十分ではなかったが、介護保険が始まったことにより、当該施設やサービス管理を行うケアマネジャーとの連携も必要となってきた。また、介護保険は施設ケアと在宅ケアから構成され、今まで老人医療サービス＝施設サービスであったものが、居宅サービスという新たな選択肢が登場したのも評価すべき点である。

したがって今後の医療機関は、①他の医療機関との連携、②在宅医療や居宅介護サービスとの連携、③介護施設との連携を適切に行わなければならないだろう。事実、第五次改正医療法では、こうした連携を促進することを意識した条項が盛り込まれ、特に地域医療支援病院は、在宅医療や介護サービスを提供する組織として一定の支援を行うことが明記された。これにより在宅医療や居宅介護サービスは大きな支えを得ただけでなく、より良い医療と介護を行う礎（いしずえ）になるだろう。

その一方で、診療報酬でも一連の連携を評価する試みが行われている。たとえば在宅医療を推進する動機づけとして「在宅療養支援診療所」が新設された。これは、在宅医療における中心的な役割を担い、患者とその家族の24時間の窓口として、必要に応じて他の病院、診療所、調剤薬局、訪問看護ステーション等との連携を図り、24時間往診などが提供できる体制を構築していることとされている。この在宅療養支援診療所の登場と同時に寝たきり老人在宅総合診療料と在宅時医学管理料が統合され、在宅時医学総合管理料になった。

在宅療養支援診療所を取得した場合とそうでない場合とでは一ヶ月2,000点の差がつく。また、往診料も在宅療養支援診療所とそうでない場合は、倍以上の差がついた。ターミナルケア加算においては、在宅療養支援診療所以外は算定できなくなった。まさに、在宅療養支援診療所になるかどうかで在宅医療の成否を握るわけだが、在宅ターミナルケアの推進のため、特別養護老人ホームやケアハウス、有料老人ホームにおいても訪問診療や訪問看護が緩和されたことも注目される。こうした緩和により在宅ターミナルはある程度は進むと思われる。

実際、日本医療企画「Clinic Bamboo」の編集部が行った調査では、制度開始2ヶ月で、8.72%（ $=8,558 \div 98,190 \times 100\%$ ）の一般診療所が在宅療養支援診療所の届出をしていることがわかった。わずか2ヶ月間で8558件もの届出があったことは驚嘆に値する。特に、西日本の届出件数が多く、東日本の約1.5倍にもなっている。在宅療養支援診療所の要件は必ずしも甘くはないが、3.16%の診療報酬引下げで「背に腹は変えれない」というのが正直なところだろう。どこまで地域の在宅患者を支援することができるか、在宅医療の真の成果が問われていると考える。

そこで、わが国でも数少ない在宅医療専門医の藤田拓司氏から「在宅看取り率を40%にする医療システムを支える診療報酬体系」というタイトルで、特別寄稿（一部改変）いただいたので、医療現場の“生の声”としてご紹介したい。

■在宅看取り率40%を可能にする医療システムを支える診療報酬体系

平成20年4月に後期高齢者医療制度が導入され、その診療報酬体系も一部包括化が予定されている。在宅医療・終末期医療の現場では診療報酬上、他の分野と比較して一定の包括化が進んできたが、どのような包括化が適切であるかを考える。

【終末期医療】

国の公表資料によれば病院での終末期医療(死亡前1ヶ月の医療)に8960億円(112万円×80万人)かかるということで、終末期医療の見直し論が出てきている。

在宅(自宅+介護施設)での看取りを行った場合は約14万円の医療費である。しかし、この中には介護費用(当院の患者の平均的介護費用は20万2千円/月)は含まれていない。20万人がほぼこの費用であると仮定すると、在宅での見取りには684億円(34.2万円×20万人)の医療・介護費がかかっていると考えられる。

在宅医療を行っている患者でも最終的に病院で死亡する患者は、当院で35~40%に達し、平均入院期間は41日となっている。死亡症例の40%を在宅で看取ることが可能であれば、合計8,088億円(1,368億円+6,720億円)となり、872億円の節約しかない。

しかしながら、悪性腫瘍患者の平均在宅期間は48日なのに対して、非悪性腫瘍患者で480日である。これに対して、病院で死亡した患者の平均在院日数は第3章で述べたように75歳以上で35.8日である。しかし、がん患者は入退院を繰り返すことが多く、終末期医療を1ヶ月で設定することには無理があり、終末期医療は概ね3~6ヶ月で設定されることが多い。

看取り患者数一年間に 100 万人として、
 (終末期を 1 ヶ月と考えた場合)

①在宅導入 61 人→在宅看取り 21 名
 診療報酬：14 万円×40 万人= 560 億円
 介護報酬：20.2 万円×40 万人= 808 億円
 合計　　：34.2 万円×40 万人=1,368 億円

②在宅導入 61 人→病院看取り 21 人
 ③在宅なし 39 人→病院看取り 39 人
 診療報酬：112 万円×60 万人=6,720 億円

かりに終末期医療 3 ヶ月で設定し、在宅医療を導入したが最終的に病院で死亡したとすると医療費は大きく変わってくる(在宅 2 ヶ月、入院 1 ヶ月と設定)。

看取り患者数 100 万人の場合、
 (終末期を 3 ヶ月と考えた場合)

①在宅導入 61 人→在宅看取り 21 名
 診療報酬(在宅)：36 万円×40 万人= 1,440 億円
 (最終一ヶ月は 14 万円、それ以外は 11 万円)
 介護報酬：20.2 万円×3 ヶ月×40 万人= 2,424 億円
 (1 ヶ月=20.2 万円)
 合計　　：96.6 万円×40 万人=3,864 億円

②在宅導入 61 人→病院看取り 21 人
 診療報酬(在宅)：22 万円×21 万人=462 億円
 診療報酬(入院)：112 万円×21 万人=2352 億円
 介護報酬：20.2 万円×2 ヶ月×21 万人= 848 億円
 合計　　：174.4 万円×21 万人=3,662 億円

③在宅なし 39 人→病院看取り 39 人
 診療報酬(入院)：112 万円×3 ヶ月×39 万人=13,104 億円

①と②と③の合計は 20,630 億円であり、1 ヶ月あたり 6,877 億円程度となり、約 2,083 億円もの医療費抑制効果がある。

それではどうすれば「在宅看取り率 40%を可能にする医療システムを支える診療報酬体系」が構築できるのだろうか。これまで、当該クリニックで蓄積してきたデータをベースに終末期医療にふさわしい報酬体系について述べることにする。

特に記載が無い場合は、当院((医)拓海会 大阪北ホームケアクリニック)におけるデータを元に記載している。

当院は大阪市淀川区にあり 1999 年 10 月の開設以来、ほぼ在宅医療に特化した診療所である。診療域は半径約 10km で、診療域内の人口は約 140 万人である。2001 年 4 月以降、

2006年4月に制定された在宅療養支援診療所の要件を満たし24時間往診可能な体制で在宅医療を行っている。現在は常勤医師4名、非常勤医2名、看護師5名の体制である。2005年度(2005年4月～2006年3月)は351人に対し訪問診療・往診を提供している。年間の診療規模は訪問診療6674回、日中往診1020回、夜間往診173回で、在宅医療期間は延べ71060日であった。年度中に87人の患者が死亡しており、在宅での看取り数は57人であった(在宅看取り率65.5%)。

疾患別患者数は神経難病66人、脳血管障害63人、悪性腫瘍68人、慢性呼吸不全17人、認知症性疾患を含む加齢性変化115人、その他46人(重複あり)で、何らかの処置を行っている患者は146人であった。その内訳は人工呼吸管理22人(気管切開16人、鼻マスク式6人)、人工呼吸管理を伴わない気管切開17人、酸素療法44人、経管栄養(経鼻胃管)16人、胃瘻・空腸瘻58人、中心静脈栄養14人、自己導尿4人、尿カテーテル留置41人、麻薬を用いた疼痛コントロール57人、自己注射7人(インスリン6人、ベタフェロン1人)、褥瘡処置11人以上、ストマ管理3人(重複あり)であった。

当院は医療依存度の高い患者の在宅療養を支援するための診療所と位置づけられると考えている。

【はじめに】

在宅医療を充実させるために2006年4月の診療報酬改定で、在宅療養支援診療所(以下、在宅診療)が新設された。その要件は①自院に24時間体制で連絡がつくこと、②他診療所・訪問看護ステーションと連携して24時間体制で往診・訪問看護が提供できること、③「当該診療所において又は別の保険医療機関との連携により、緊急時に入院できる病床を常に確保し、受け入れ医療機関の名称等を届け出ている」ことの3点である。また年間の在宅看取り数の報告も義務付けられている。

これまでも様々な調査で、環境を整えば終末期も自宅での療養をおくり、自宅での看取りを希望する患者・家族は少なくないことが明らかになっている。しかし現実には、在宅看取り率(自宅と介護施設での看取り率の合計)は15.1%に留まっている(2005年データ、厚生労働省ホームページより)。

在宅看取り率が低い原因の一つは、在宅ケアの医療供給体制が不十分なことにある。

また医療費抑制の観点から、在宅医療が推し進められているようなイメージがあるが、終末期でも自宅で家族と生活することは、QOLの観点からも望ましいことであり、自宅での看取りを希望する患者・家族が多いことを忘れてはならない。また今後の家族のあり方、死生観を考える良い契機になると考えている。

そしてかかりつけ医機能を充実することで、終末期医療に対する患者・家族の意思決定を援助することで、急性期病院の負担軽減や医療費削減は可能になると考える。

そこで、本章では当面の目標値である、在宅看取り率40%を達成するために必要な医療システム・診療報酬体系を考える。

【現状の死亡場所】

1.地域特性

在宅看取り率は全国平均で 15.1%であり、市部 14.9%、郡部 16.0%である(2005 年データ、厚生労働省ホームページより)。在宅看取り率が低い都道府県は、北海道(9.6%)、福岡県(11.0%)、高知県(11.6%)、長崎県(12.4%)、富山県(13.0%)、愛知県(13.2%)であり、中核都市では北九州市(10.4%)、札幌市(10.7%)、福岡市(11.0%)、さいたま市(12.8%)、名古屋市(12.8%)である。以下、地域別に詳細を見てみよう。

北海道・札幌市には北海道大学医学部に医療システム学分野・地域医療教育システム研究グループや札幌医科大学に地域医療総合医学講座など在宅医療関連の教育・研究機関があり、札幌を中心に在宅医療に熱心に取り組んでいる診療所も少なくない。しかし、北海道に特徴的な要素として冬季の通院や訪問診療が困難なこともあり 11 月から 5 月頃までの入院が増加し、この入院中に死亡する例が少なくない。またこの期間に訪問診療を受ける患者が減少するために訪問診療を行う診療所の経営が不安定になるために、そのような一般的な診療所が在宅医療に取り組みにくい環境にあることが、在宅での死亡率が低い原因の一つと考えられる。

愛知県・名古屋市には名古屋大学医学部に在宅管理医療部があり、在宅医療に特化している診療所も認められている。他に知多半島では病院・診療所連絡会が早期から立ち上がっており、比較的在宅医療に熱心な地域として認知されてきている。この地域の特徴は在宅死も少ないが、介護施設での死亡が低いことが特徴である。

さいたま市は、人口当たりの病院医師数・診療所医師数は全国平均以下であり、東京都下の医療機関へ通院している住民が多いことから地域医療機関(特に診療所)との関係が薄く、在宅医療へ移行する患者が少ないことが原因と考えられる。

福岡県・北九州市・福岡市、高知県、長崎県は、人口当たりの病院医師数・診療所医師数も全国平均を超え、在宅医療を熱心に取り組んでいる医療機関が知られている。その中で在宅死亡率が低い原因は、統計資料のみからでは明らかにならない。

一方、在宅看取り率が高い都道府県は、長野県(21.0%)、和歌山県(20.0%)、奈良県(19.5%)、鳥取県(19.3%)、新潟県(18.3%)であり、中核都市では仙台市(17.9%)、神戸市(17.7%)、大阪市(17.0%)、静岡市(16.2%)、広島市(16.0%)である。

長野県、和歌山県、鳥取県、新潟県は自宅での看取り率が高いことに加えて、介護施設での看取り率が高いこともあり、在宅看取り率が高くなっている。

奈良県は自宅での看取り率が最も高い都道府県である。在宅医療に特化している診療所もなく、全国的に在宅医療に熱心な地域と認識されている地域でもなく、理由は不明である(後述する神戸市、大阪市と同様である可能性を考えるが、奈良県の事情には詳しくないために断定を避ける)。

仙台市は、比較的規模の大きな在宅医療に特化した在支診が 3 つ(分院を含むと 4 つ)あり、それらの診療所で年間 250 人程度の自宅での看取りを行っており、これは自宅看取り率＝

約4%に相当する数字である。仙台市は複数の在宅医療に特化した診療所が地域の在宅医療を牽引している地域と考えられる。

神戸市・大阪市は、自宅看取り率が高いことが特徴である。これは京都市でも同様の傾向があり、京阪神の診療所の診療形態が他の地域と異なり、在宅医療向きであることが自宅看取り率の高い要因の一つと考えられる。

静岡市は、医師会と静岡市内の公的病院が参加する静岡県中部地域医療ネットワーク（通称・Medic-Snet）があり、イエローカード（病状急変時対応カード）とグリーンカード（看取り当番制度カード）の両制度を持つなど先進的な地域として知られており、自宅看取り率が高いことが要因として考えられる。

広島市は、自宅看取り率が低い、施設看取り率が高いことが特徴である。

一部の先進的な診療所がある地域は、その地域全体が在宅医療に熱心に取り組んでいるように見えるが、在宅死亡率（自宅・介護施設での死亡の合計）を指標とした場合に、決して在宅医療が盛んな地域とは限らないことが分かる。しかし仙台市のように、複数の規模の大きな在支診があると、明らかに自宅看取り率が増加する場合もある。

他に大阪府岸和田市のように4つの診療所が協力することで、在宅看取り数を数倍に増加させることも可能となっている。

大阪市、神戸市、和歌山県、奈良県は、いずれも診療所の診療形態が他の地域と異なることが、高い自宅での看取り率の要素と考えられる。他の地域の診療所では、訪問診療は午後診・夜診のない日に実施されており、患者数にもよるが週1~2日のみの診療所が多い。そのために、訪問診療の頻度が増加する終末期医療に対応できていないと考えている。

一方、大阪市、神戸市、和歌山県、奈良県の診療所の多くは、午前診・夜診の外来に加えて、午前診・夜診の間に訪問診療を行うことが日常化しており、在宅患者の重症化にも比較的対応しやすい診療形態である。但し、自宅と診療所が遠い開業形態（俗にビル診と呼ばれる）が都市部では増加してきており、夜間・休日の対応は困難になってきている印象がある。

また、老々家庭や単身世帯が増加していることもあり、長野県・和歌山県・鳥取県・徳島県のように介護施設での看取りも今後は増加させていく必要がある。

在宅看取り率を向上させるためには、

- ①複数の常勤医のいる中核的な在支診（仙台市タイプ）
- ②一般診療所が在宅医療向きの診療形態を取る（近畿タイプ）
- ③介護施設での看取り率向上（長野・和歌山タイプ）

が必要と考えられる。

現在の方法では在宅看取り率が20%を超えることは可能であるが、40%を達成することは困難であり、新しいシステムの構築が必要である。

(表 6-1：都道府県・政令指定都市別の在宅看取り率：2005 年：厚生労働省ホームページより)

(太字：政令指定都市、網掛け：上位 5 つ、網掛け：下位 5 つ)

	在宅看取り率	自宅看取り率	介護施設看取り率
20長野	21.0%	14.6%	6.4%
30和歌山	20.0%	15.0%	5.0%
29奈良	19.5%	16.8%	2.7%
31鳥取	19.3%	13.5%	5.8%
15新潟	18.3%	14.5%	3.8%
52仙台	17.9%	14.9%	3.1%
24三重	17.9%	13.9%	4.0%
06山形	17.8%	13.6%	4.2%
61神戸	17.7%	15.0%	2.7%
32島根	17.6%	12.8%	4.8%
36徳島	17.5%	11.2%	6.3%
28兵庫	17.4%	14.5%	3.0%
04宮城	17.0%	14.5%	2.5%
60大阪	17.0%	15.7%	1.2%
22静岡	16.8%	13.0%	3.7%
26京都	16.6%	13.8%	2.9%
18福井	16.5%	11.7%	4.8%
21岐阜	16.3%	13.6%	2.6%
07福島	16.2%	14.2%	2.1%
25滋賀	16.2%	14.2%	2.0%
37香川	16.2%	11.2%	5.0%
57静岡	16.2%	13.2%	2.9%
34広島	16.1%	12.0%	4.0%
27大阪	16.0%	14.3%	1.7%
62広島	16.0%	11.6%	4.4%
郡部	16.0%	12.1%	3.9%
59京都	16.0%	13.5%	2.5%
50東京都区部	15.9%	14.3%	1.7%

09	栃木	15.8%	12.4%	3.4%
38	愛媛	15.7%	12.8%	2.9%
33	岡山	15.6%	11.7%	3.9%
03	岩手	15.6%	12.0%	3.6%
05	秋田	15.4%	12.0%	3.5%
19	山梨	15.4%	12.2%	3.2%
13	東京	15.3%	13.2%	2.1%
56	川崎	15.2%	13.8%	1.4%
12	千葉	15.1%	13.2%	1.9%
総数		15.1%	12.2%	2.8%
35	山口	14.9%	11.1%	3.8%
市部		14.9%	12.3%	2.6%
55	横浜	14.6%	12.7%	1.9%
17	石川	14.6%	10.8%	3.8%
14	神奈川	14.4%	12.5%	1.9%
45	宮崎	14.4%	11.1%	3.3%
02	青森	14.1%	10.6%	3.6%
10	群馬	14.1%	11.3%	2.8%
44	大分	14.1%	9.5%	4.6%
08	茨城	14.1%	11.7%	2.4%
47	沖縄	13.9%	11.7%	2.2%
41	佐賀	13.8%	10.2%	3.6%
46	鹿児島	13.7%	9.8%	3.9%
54	千葉	13.7%	12.4%	1.3%
43	熊本	13.5%	9.5%	4.0%
11	埼玉	13.4%	11.6%	1.7%
23	愛知	13.2%	11.4%	1.8%
16	富山	13.0%	10.1%	2.9%
58	名古屋	12.8%	11.7%	1.2%
53	さいたま	12.8%	11.8%	1.0%
42	長崎	12.4%	8.8%	3.6%
39	高知	11.6%	10.0%	1.5%
40	福岡	11.0%	9.1%	2.0%
64	福岡	11.0%	10.0%	1.0%
51	札幌	10.7%	9.8%	0.9%

63北九州	10.4%	8.7%	1.7%
01北海道	9.6%	8.1%	1.4%

2.性差特性

男女で在宅看取り率は異なり、男性では 13.7%、女性では 16.8%になる。在宅看取り率は男女ともに 12.4%であるが、介護施設での看取り率が男性 1.3%に対して女性 4.4%である。在宅看取り率は都道府県毎で見ると男性の方が高いところと、女性の方が高いところがあるが、介護施設での看取り率は例外なく女性の方が高い。これは①女性が疾病や加齢のために ADL が低下し介護が必要になった場合には、介護者が夫の場合では自宅での療養継続が困難なために介護施設へ入所する人が多いことと、②夫が先に死亡したために単身となり、介護施設へ入所している女性が多いためと考えられる。

当院では、女性の方が在宅看取り率は高い。それは主介護者が夫の場合には、介護サービスを導入しないと在宅療養が開始されないために介護面での破綻が少ないために在宅看取り率が高いと考えている。

また、子世代が主介護者の場合は、介護保険を積極的に利用しながら自宅療養を行っているが、妻が主介護者の場合には介護保険を利用することに抵抗があると考えられ、ADL 低下や病状の悪化に対応できず、最終的に入院し病院での看取りを行っている印象がある。

単身世帯を支える程度の介護サービスを導入することが可能であれば、介護施設で死亡している女性を自宅で看取ることができる可能性がある。

しかし、介護施設のあり方を再考することで、男性も介護施設を利用し、そこへ在宅医療を導入することで、男性の介護施設看取り率を上昇させることが可能と考える。

(表 6-2 : 1999 年から 2006 年までの在宅看取り率 : 男女別)

	在宅看取り	病院看取り
総数	57.9%	42.1%
男性	53.3%	46.7%
女性	62.8%	37.2%

(表 6-3 : 2 人世帯の介護保険利用状況 : 2003 年度)

	要介護度	介護保険点数
夫	4.3	20229
妻	3.4	15040
子	3.9	22561

3.疾患特性

2005年の死因別在宅看取り率は、死亡原因で最も多い悪性腫瘍では6.3%である。率は低いが自宅で約18000人、介護施設で1800人が看取りを受けていることになる。

当院における悪性腫瘍患者の自宅看取り率は71.3%であり、在宅療養を開始することが出来れば自宅での看取りを行うことは困難ではないと考えている。

当院と診療域にある急性期病院との共同で悪性腫瘍用の地域連携クリティカルパス作成時の調査では、退院せずに急性期病院での死亡例は38.5%、退院後に急性期病院へ再入院し死亡した例は7.6%、自宅看取り例は37.2%、最終的にホスピスへ転院し死亡した例は16.7%であった。当該地域は、当院以外にも悪性腫瘍患者に対する在宅ホスピスケアを提供する在支診があり、この急性期病院から自宅へ戻る悪性腫瘍患者は、この二つの診療所で十分に対応が可能であった。

がん患者は平均診療期間が48日と短いこともあり、介護破綻例は少なく、医療提供体制が整えば、約40%の患者が自宅で看取ることが可能と考える。また、この調査時にSTAS（注5）を用いた評価を行っているが、在宅療養導入の阻害因子は「不良な疼痛コントロール」であり、疼痛コントロールが十分に行われれば、在宅療養導入は可能であると考えられる。

脳血管障害・神経難病患者は、発症以後在宅療養を送ることが多いが、療養期間が480日と長く、ADL低下に伴い要介護度が上がるのと同時に医療処置が増加することもあり、在宅療養を継続することは困難になる例が少なくなく、最終的に入院することになっている。特に喀痰吸引が入院の契機になることが多い。

他方、神経難病患者の場合は、症状悪化が予測しやすいために、十分なインフォームド・コンセントを行い、患者本人・家族の疾患や死への受容が脳血管障害と比較して容易と考えている。

慢性呼吸不全の終末期は呼吸困難感が強く症状緩和が困難なこともあり、家族(もしくはヘルパー等)が苦しんでいる様子を見ていることに耐えられないために、入院することが多い。加齢性変化の場合は、家族の死への受容が他疾患より容易であり、積極的な治療を希望しない場合が多いこともあり、自宅での看取り率が高くなっている。

悪性腫瘍患者は、在宅医療期間が短いこともあり、疼痛コントロールを中心とした十分な医療を提供することが出来ると、自宅での看取りは十分可能である。

他疾患でも疾患や死への受容が十分行うことが出来ると、自宅での看取りは可能である。そのためには十分なインフォームド・コンセントと受容するための時間が必要であると考えている。

(表 6-4 : 死因別在宅看取り率 : 2005 年 : 厚生労働省ホームページより)

	在宅 看取 り率	自宅 看取 り率	介 護 施 設 看 取 り 率
総数	15.0	12.2	2.8
悪性新生物	6.3	5.7	0.6
心疾患(高血圧性を除く)	27.1	23.7	3.4
脳血管疾患	16.5	11.9	4.6
肺炎	6.1	3.4	2.7
不慮の事故	15.2	14.0	1.2

(表 6-5 : 1999 年から 2006 年までの在宅看取り率 : 主病別)

	自宅看取り	病院看取り
神経難病	41.4%	58.6%
脳血管障害	33.3%	66.7%
悪性腫瘍	71.3%	28.7%
慢性呼吸不全	30.0%	70.0%
加齢性変化	71.9%	28.1%
その他	55.6%	44.4%

4.年齢特性

高齢者では、在宅看取り率は高い。高齢者では疾患によらず介護施設での看取り率が高いことによるものと考えられる。自宅看取り率は疾患により異なり、悪性腫瘍では高齢者の方が高いが、他の疾患では高齢者の方が低くなっている。

75 歳以上と 75 歳未満では疾病比率が異なるために在宅看取り率は異なるが、在宅医療に関しては、表 6-6 に示したように同一疾病内で 75 歳以上と 75 歳未満の患者間での差は無い（脳血管障害の診療報酬を除く）。

表 6-6

全例

		老人	一般	t検定(p値)
レセプト数数		1344	428	
診療報酬	平均	9138	14656	3.47E-18
	標準偏差	5767	7184	
訪問回数	平均	3.33	3.91	4.04E-18
	標準偏差	1.28	1.19	
往診	平均	0.16	0.23	0.378
	標準偏差	1.6	0.66	
処置数	平均	0.69	1.83	1.63E-19
	標準偏差	1.02	1.45	

神経難病

		老人	一般	t検定(p値)
レセプト数数		118	171	
診療報酬	平均	10671	15718	1.11E-13
	標準偏差	4823	6727	
訪問回数	平均	3.71	3.81	0.167283767
	標準偏差	0.87	0.86	
往診	平均	0.17	0.18	0.426019691
	標準偏差	0.46	0.43	
処置数	平均	1.4	1.9	1.12E-07
	標準偏差	1.3	1.21	

脳血管障害

		老人	一般	t検定(p値)
レセプト数数		392	66	
診療報酬	平均	9815	12601	0.001898043
	標準偏差	8441	6412	
訪問回数	平均	3.61	3.68	0.324800369
	標準偏差	1.41	1.11	
往診	平均	0.17	0.21	0.326652019
	標準偏差	0.53	0.69	
処置数	平均	1.04	1.5	1.98E-02
	標準偏差	1.12	1.51	

悪性腫瘍

		老人	一般	t検定(p値)
レセプト数数		85	30	
診療報酬	平均	10699	11858	0.378272319
	標準偏差	4602	6666	
訪問回数	平均	3.61	3.8	0.305356883
	標準偏差	1.27	1.9	
往診	平均	0.73	1.17	0.083188076
	標準偏差	1.46	1.51	
処置数	平均	0.73	0.87	0.13546493
	標準偏差	0.5	0.63	

慢性呼吸不全

		老人	一般	t検定(p値)
レセプト数数		72	6	
診療報酬	平均	16500	18629	0.337609512
	標準偏差	5142	5232	
訪問回数	平均	3.75	4.17	0.30226688
	標準偏差	1.48	1.94	
往診	平均	0.24	0.17	0.353785747
	標準偏差	0.7	0.41	
処置数	平均	1.68	2	0.147497281
	標準偏差	1.4	0.63	

神経難病(パーキンソン病以外)

		老人	一般	t検定(p値)
レセプト数数		56	171	
診療報酬	平均	13897	15718	0.062
	標準偏差	4770	6727	
訪問回数	平均	4.01	3.81	0.112
	標準偏差	0.74	0.86	
往診	平均	0.29	0.18	0.126
	標準偏差	0.56	0.43	
処置数	平均	2.27	1.9	0.048
	標準偏差	1.2	1.21	

看取りを含む在宅終末期医療に限局すると、受けている医療に関して年齢による差は認めず、疾病に依存していると考えられる。但し、悪性腫瘍の場合には、高齢者の方が死への受容が良いためか、入院治療を希望しない場合が多い。

(表 6-7：死因別年齢別在宅看取り率：2005 年：厚生労働省ホームページより)

	在宅 看 取 り 率	自 宅 看 取 り 率	介 護 施 設 看 取 り 率	死 亡 者 に 占 め る 年 齢 層 の 割 合
全死因	15.0	12.2	2.8	100.0%
45～64 歳	14.9	14.8	0.1	14.4%
65～79 歳	11.8	10.7	1.1	33.3%
80 歳～	17.1	12.0	5.1	48.6%
再 70 歳～	15.2	11.5	3.7	74.5%
悪性新生物	6.3	5.7	0.6	30.10%
45～64 歳	3.4	3.4	0.0	21.1%
65～79 歳	5.3	5.0	0.3	44.9%
80 歳～	10.1	8.3	1.8	31.9%
再 70 歳～	7.8	6.8	1.0	65.4%
心疾患(高血圧性を 除く)	27.1	23.7	3.4	16.00%
45～64 歳	35.1	35.0	0.1	11.3%
65～79 歳	28.4	26.9	1.5	29.7%
80 歳～	24.6	19.4	5.2	57.0%
再 70 歳～	25.6	21.3	4.3	80.5%
脳血管疾患	16.5	11.9	4.6	12.30%
45～64 歳	17.4	17.1	0.3	10.5%
65～79 歳	13.8	11.5	2.3	29.7%
80 歳～	17.8	11.0	6.8	58.4%

再 70 歳～	16.5	11.0	5.5	82.4%
肺炎	6.1	3.4	2.7	9.90%
45～64 歳	4.8	4.5	0.3	3.6%
65～79 歳	3.4	2.1	1.3	22.9%
80 歳～	7.0	3.7	3.3	73.0%
再 70 歳～	6.3	3.4	2.9	92.8%
不慮の事故	15.2	14.0	1.2	3.70%
45～64 歳	12.7	12.6	0.1	19.0%
65～79 歳	16.7	15.9	0.8	31.0%
80 歳～	17.6	14.9	2.7	35.8%
再 70 歳～	17.6	15.6	2.0	59.6%

(表 6-8 : 2005 年から 2006 年までの在宅看取り率 : 年齢別)

	自宅看取り	病院看取り
全例	61.5%	38.5%
75 歳以上	64.9%	35.1%
75 歳未満	57.3%	42.7%

【在宅医療における医療連携】

・在宅医療の担当分野

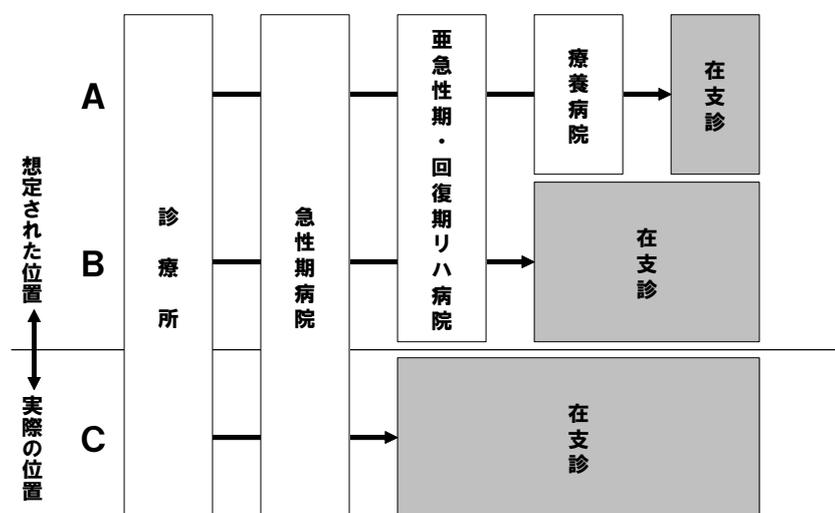
悪性腫瘍、神経難病、脳血管障害(中等症、重症)、認知症患者を中心とした加齢性変化、交通外傷等の脊髄損傷、遺伝性疾患を中心とした小児患者が主な担当分野になると考えられる。

なお、中等症の脳血管障害は訪問診療を必要とせず、通所サービス利用を中心とした広義での対象となる場合が多い。

・在宅療養支援診療所の位置づけ

脳血管障害の地域連携クリティカルパス(以下、連携パス)を例にとると、在支診の位置づけは、図 6-1 に示すように検診・予防期の外来医療から急性期入院医療、亜急性期・回復期リハビリテーションのための入院医療を経た後(B)、もしくは療養病床での入院医療を受け退院した後(A)の在宅医療の受け皿として位置づけられている。急性期病院から直接、在支診へ移る場合(C)は、急性期病院側から診ると、1.5～5.7%と少数であり連携パスにおいてはバリエーションとして位置づけられる。

図6-1：地域医療連携における在宅療養支援診療所（在支診）の位置



・前方連携

2005年度に当院で診療を行った351人の患者は5人を除いて他医療機関からの紹介患者であった。病院からの紹介患者は243人、診療所からは103人であった。診療所からの紹介理由は「重症度が増したため24時間往診可能な診療所への転医希望」「子世代と同居するための転居」「往診医の死亡・入院のために診療継続不能」などであった。

診療所からの紹介患者の約70%は認知症性疾患を中心とした加齢性変化であったが、病院からの紹介患者は神経難病・悪性腫瘍等の患者が多く、加齢性変化の患者は15%に留まっている。

患者紹介のあった病院数は63であり、急性期病院が34、亜急性期・回復期リハビリテーション病院が17、療養病院が12であった。また紹介患者数はそれぞれ、191人、34人、18人であった。病院からの紹介患者の約80%は急性期病院からの患者であり、想定されていた在支診の位置ではなく、在支診側からみると(C)のように急性期病院と直接連携していることがわかる。

・側方連携

当院は内科医・外科医で構成されていることもあり、眼科・皮膚科・耳鼻科・精神神経科に往診・外来を依頼することが、月数件規模で発生する。当院の診療域が都市部にあることもあり、患家の近隣に該当診療所があることが多く、往診依頼に困ることは少ない。

・後方連携

在支診から急性期病院には、紹介した患者を中心に外来・検査・入院の依頼が行われる。当院では、2005年度一年間に205回の入院を依頼している。延入院日数は8406日であり、延在宅医療期間の11.8%を占めている。平均入院日数は41.8日であった。

年度末に18人が入院中であり、他に5人の経過が確認出来ておらず、実際の平均入院日

数は 41.8 日以上となる(経過が確認出来ていない 5 人に関しては、入院後 90 日目前後には経過を確認していることから、便宜上、入院期間を 90 日に設定している)。

入院期間は、7 日以内が 37 回、14 日以内が 31 回、30 日以内が 56 回、60 日以内が 31 回、90 日以内が 27 回(経過不明の 5 回を含む)、91 日以上が 22 回であった。14 日以内の入院が 33.2%、30 日以内の入院が 60.5%を占めており、短期間の入院が多くを占める一方、90 日を越える長期入院も 13.1%を占めている。また介護的理由での入院は長期化する傾向があるが、医療的理由でも長期化する場合は少なくない。

紹介元病院への再入院は 136 回(平均入院日数：39.6 日)、紹介元以外の病院への入院は 44 回(47.0 日)、紹介元が病院ではなかった患者の入院が 19 回(38.1 日)であった。原疾患増悪や併発症のための入院は 144 回(平均入院日数：37.2 日)、介護負担の増大による入院は 57 回(52.6 日)であった。

一方、高齢者の誤嚥性肺炎等のあまり高度ではない急性期医療のために入院が必要な場合や、介護破綻などによる緊急避難的入院も、在宅医療を行っている場合には必要である。そのためには、在宅患者の急性増悪時や介護破綻に伴う緊急避難的入院にも対応する病院との連携は必要であり、そのような病院があることで、当該病院は急性期医療に注力することが可能になる。一定割合の入院が長期化する患者群が存在することも確かであり、急性期病院と在宅診療の連携のみではなく、急性期病院を有効に利用するためには亜急性期・療養病床の存在が必要不可欠である。

【在宅療養支援診療所の経営指標から】

・在宅医療の診療報酬の特徴

在宅医療の分野は、開始当初より部分的に包括化されてきた経緯がある。

在宅医療の診療報酬は主に①「在宅医療の基本料」、②「実施している医療処置の管理料」、③「機器レンタル等にかかるコストのための加算」、④「訪問診療料・往診料」の 4 つで構成されている。

「在宅医療の基本料」は包括部分であり、「実施している医療処置の管理料」、「機器レンタル等にかかるコストのための加算」は DPC で疾病別で診療報酬が決められているように処置毎に包括化されている部分と考えられる。「訪問診療料・往診料」は出来高部分である。図 6-2 に示すように 2006 年 3 月までは軽症者を診療する方が収益性が高く、悪性腫瘍患者を中心に診療を行った場合には赤字経営を余儀なくされる診療報酬体系であったが、2006 年 4 月の診療報酬改定でその問題点は解消されている。

図 6-2(当院における 2005 年度の損益分岐点は、一時間あたりの粗利益 19800 円であり、ここ数年間 20000 円前後で推移している)

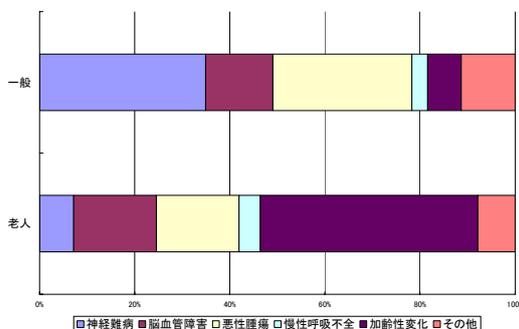
	基礎データ				計算したデータ(平成18年4月以降)				計算したデータ(平成18年3月以前)				一時間あたりの粗利益の変化	
	診療報酬	医療原価	平均訪問回数	診療時間	平成18年4月の診療報酬改定での影響	医療原価率	粗利益	訪問一回あたりの粗利益	一時間あたりの粗利益	医療原価率	粗利益	訪問一回あたりの粗利益		一時間あたりの粗利益
全症例	111,779	18,017	3.7	3.9	10,560	16.1%	93,762	25,341	24,042	17.8%	83,202	22,487	21,334	2,708
処置なし	72,371	2,099	3.2	3.2	350	2.9%	70,272	21,960	21,960	2.9%	69,922	21,851	21,851	109
処置あり	167,131	43,044	4.5	5.0	23,170	25.8%	124,087	27,575	24,817	29.9%	100,917	22,426	20,183	4,634
HMV・TIV	257,754	139,785	4.4	5.1	29,720	54.2%	117,969	26,811	23,131	61.3%	88,249	20,057	17,304	5,827
HMV・NIV	224,943	119,043	4.3	4.5	21,450	52.9%	105,900	24,628	23,533	58.5%	84,450	19,639	18,767	4,767
HOT	216,820	88,527	4.4	5.3	26,030	40.8%	128,293	29,158	24,206	46.4%	102,263	23,242	19,295	4,911
HPN	161,853	31,074	5.1	6.3	26,750	19.2%	130,779	25,643	20,759	23.0%	104,029	20,398	16,513	4,246
HEN・NGT	170,605	58,331	4.7	5.0	29,710	34.2%	112,274	23,888	22,455	41.4%	82,564	17,567	16,513	5,942
HEN・PEG	155,833	29,452	4.6	5.2	25,910	18.9%	126,381	27,474	24,304	22.7%	100,471	21,841	19,321	4,983
悪性腫瘍	138,711	18,727	4.6	5.6	12,350	13.5%	119,984	26,084	21,426	14.8%	107,634	23,399	19,220	2,205
神経難病	141,361	19,270	4	4.3	18,730	13.6%	122,091	30,523	28,393	15.7%	103,361	25,840	24,038	4,356
脳血管障害	119,341	14,477	3.8	4.2	18,830	12.1%	104,864	27,596	24,968	14.4%	86,034	22,641	20,484	4,483
慢性呼吸不全	189,858	70,103	4.2	4.4	20,290	36.9%	119,755	28,513	27,217	41.3%	99,465	23,682	22,606	4,611
加齢性変化	73,296	4,669	2.8	2.8	1,570	6.4%	68,627	24,510	24,510	6.5%	67,057	23,949	23,949	561
その他	117,948	26,206	4.1	4.6	8,060	22.2%	91,742	22,376	19,944	23.8%	83,682	20,410	18,192	1,752
	(円)	(円)	(回)	(時間)	(円)									

・75 歳以上の患者と 75 歳未満の患者の違い

2004 年 2 月の在宅医学会において、老人患者(概ね 75 歳以上)と一般患者(75 歳未満)の間には診療内容に差が無いが、診療報酬上は大きな違いがあることが明らかになった。同学会では、老人と一般を分けて診療報酬を設定する意味は無く、実施している医療処置内容(診療時間やコスト)により診療報酬を設定するように提言している。この提言が反映されたのか、2006 年の診療報酬改定で、これまでの老人医療における寝たきり老人在宅総合診療料(在総診)と一般医療における在宅時医学管理料(在医管)の在宅医療関連の基本的診療料は一本化され、実施している医療処置内容による加算が可能になるなど現実に行われている医療に即した診療報酬となっている。

かりに 75 歳以上を対象とした後期高齢者制度が創設された場合も、治療や医療処置の制限、フリーアクセスの制限を行わない限り、現在の在宅診療報酬体系を変更する積極的理由はないと考える。

(図 6-3 : 当院における主病分類、老人・一般別)



・診療報酬上の問題点

介護施設(特に特定施設入所者生活介護を算定している介護付住宅)に入所している利用

者に対する訪問診療は原則的に悪性腫瘍患者に限定されているが、介護施設を在宅とみなす場合には疾患によらず訪問診療を可能にする必要がある。特に介護施設で看取りを行うためには医師の積極的な援助が必要不可欠である。

但し、介護施設に併設している診療所等による施設の全ての利用者を対象にした一括診療は制限されるべきであり、個々の患者毎に訪問診療が必要かどうかを検討する必要がある。

また、訪問看護は本来介護保険に組み込まれる性質のものではなく、医療保険で賄うべきである。そしてヘルパーが行うような身体介護的な訪問看護も制限されるべきである。1時間連続の看護行為は、急性期病院でも行われる性質のものではないので、医療行為に特化するのであれば15分程度の訪問看護も検討に値する。いずれにしても、移動時間を考慮した診療報酬体系でなければ、訪問看護ステーションの経営を圧迫することになる。

・認知症対策

現在、約100万人の認知症患者がおり、最も高い推定では今後20年で650万人まで増加すると予想されている。

当院に診療所から紹介される患者の約70%は認知症患者であるが、心理検査を含む正規の認知症診断を受けた患者は少なく、他疾患の除外診断も行われていない状況であり、認知症に対処するための方法を家族を含む介護者に十分説明されている例は少ない。

また「中核症状」と「周辺症状」の区別がつかず、「認知症は治らない、家族が耐えるしかない」との説明を受けている家族も見受けられる。認知症の早期診断、対処法の説明などを十分行うことが出来る体制構築が必要である。

現在の診療報酬体系では、認知症患者を診療することは経営を圧迫しかねないことから、急性期病院では拒否的な反応が強い。地域の診療所医師がかかりつけ医として初期診断から、日常的な対処法の説明まで行う必要があると考えている。また肺炎などの急性疾患であっても、認知症があることで診療を断る急性期病院は少なくなく、必要に応じて往診・訪問診療を行わなければならない。したがって米国の様に、高度認知症患者には一定の配慮が求められる。

・胃瘻・経管栄養問題

経管栄養に費やされるコストは、医材料・栄養剤を含めて年間90万円から120万円と推定される。わが国における経管栄養患者は30万人以上と言われており、約3000億円の医療費が経管栄養のために費やされている。

また、当院で経管栄養を実施している患者の76%は自らの意思を表出することが出来ず、他者の意向で経管栄養が開始されている。経管栄養を行っている患者の平均実施期間は約6年であり、ヘルパーによる経管栄養注入が認められておらず介護施設の利用は困難である。つまり、その間は家族を中心とした在宅介護が必要になっている。経管栄養実施には、一

定の適応を設けるか、ヘルパーに注入を認めるかしないと、がん難民ならぬ“経管栄養難民”が続出することとなる。今後は、ヘルパーが行うことが出来る医療(類似)行為に加えて介護施設における医療行為の実施要件の見直しが必要であろう。

【緩和ケアとターミナル(終末期)ケアにおける誤解】

現在のわが国における緩和ケアは、翻訳時の誤りや、誤解から国際的に見て奇異なものとなっている。わが国の診療報酬上の緩和ケアは悪性腫瘍(とエイズ)の終末期医療にのみ認められることになっている。しかし本来は緩和ケア＝終末期医療ではなく、遺伝性疾患のアト・リスク者(注6)では発症以前から行われるものであり、神経難病患者では診断確定時より精神的不安に対する緩和療法が始まり、胃瘻造設や非侵襲的人工呼吸管理等も緩和ケアに含まれるものである。悪性腫瘍患者に対する緩和的手術療法・放射線療法・化学療法があり、緩和ケアは終末期医療として一律にできない側面もある。

一方、終末期医療は疾患によらず、進行度合いは異なるが概ね同じ経緯を辿ることが多い。したがって、この部分はある程度の包括化は可能と考える。

【まとめ】

繰り返すが、在宅診療報酬体系に関する限り、後期高齢者に対して新たな方式を導入する必要はない。その理由は、現行の報酬体系は、現状に則したものであり、特に変更の必要性はないと考えられるからである。また「75歳」という年齢に医学的意味を示すことが出来なければ、国民にとって単なる医療費抑制策と取られかねない。

また終末期医療は悪性腫瘍にのみ提供されるのではなく、死に逝くすべての人に提供される必要がある。国の資料によれば、今後30年で年間死亡者数は100万人から170万人に増加すると考えられている。すなわち30年かけて、在宅で68万人(170万人×40%)を看取る医療システムを構築しなければならない。そのためには次の2点に留意する必要がある。

まず第一は、かかりつけ医機能の強化である。介護保険主治医意見書を担当するなど、かかりつけ医の機能を設定する必要がある。日常的な診療やケアカンファレンスへの参加を条件に、外診のような診療報酬設定を再考してはどうだろうか。

急性疾患時はかかりつけ医がトリアージを行うことで急性期病院の負担を軽減できると考えられ、患者・家族の「死の受容」を支援することで終末期に「できることは何でもして欲しい」といった要望を抑制することができると考える。

第二は、有床診療所を有効活用することである。高度認知症患者の入院や医療依存度の高い在宅療養患者のレスパイトケア入院のためには在宅医療機能を持つ有床診療所は有効な手段である。家族の介護負担増大による介護破綻を防ぎ、吸引などが必要になったために医療処置による在宅療養継続が困難になった場合でも、速やかに対処することが可能である。普段、自宅で診療を行っている医師が病床でも診療を行うことができるために、医

療方針に大きな変更なく継続することが可能である。

結語に代えて

いずれにしても、死生観が伴う後期高齢者の医療については、「自分の医療は自分で決定」するシステムの検討も必要である。近年では「尊厳ある最期を」と望む高齢者の願いが強まる一方、植物人間状態や身体にたくさんのチューブをつけたスパゲティ―症候群という状態で、自分の意思とは関係なく延命されている高齢者も少なくない。

こうした状況を打破するために、諸外国では事故や病気などで意思疎通できなくなった際に、どういう治療を望むかを患者自らが決定し、事前指定書に記入するという運動が行われている。いわゆる「Let me Decide (レット・ミー・ディサイド)」運動である。わが国でもこの運動を広げようとする動きがある。たとえば、国立長寿医療センター（大島伸一総長、愛知県大府市）は、心臓マッサージや人工呼吸器装着など延命治療に対する希望の有無を、患者にあらかじめ文書化してもらい取り組みを始めるという。

文書では、終末期を「生命維持処置を行わなければ、比較的短期間に死に至るであろう不治で回復不能の状態」と定義している。終末期になった場合に①心臓マッサージ、②人工呼吸器の装着、③抗生物質の強力な使用、④鼻チューブによる栄養補給、⑤点滴による水分補給——などの処置を挙げ、希望の有無をチェックしてもらう。

また、延命治療に対する家族や親族間の意見が異なるケースも多いことから、患者本人が判断できない状態になった場合に備え「主治医が相談すべき人」の名前を書いてもらう欄も設けている。

文書はセンターと患者側の双方で保管し、記載内容の変更もいつでも可能としているが、果たして宗教観の乏しい日本人に浸透するかどうか不安材料も多い。

しかし、尊厳ある最期を望むのであれば、終末期医療に対しても自己責任の考え方を持つ必要がある。どう生きるかだけでなく、どう死ぬかも自分で考え、選択するというような意識改革が求められる。

他方、わが国の高齢化のスピードや今の財政状況を考えると、今後は医療を提供する側も構造改革が求められる。その場合のキーワードは「医療の質の向上と効率化の同時達成」である。一般的に医療にかかるコストと死亡率（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、現実には同じコストでも死亡率にばらつきがある。逆に同じ死亡率を達成するのに要するコストにもばらつきがある。例えば、図 7-1 はイメージ図だが、B 病院は死亡率・コストとも優れているが、C 病院は死亡率・コストとも劣っている。この場合、B 病院のような病院には高い経済評価を、C 病院には低い経済評価を行なう体系に改め、C 病院の経済評価を下げた財源で、B 病院の高い経済評価を行えば、財源問題をクリアできる。

図 7-2 は現在、国が急性期病院から回収している DPC（Diagnosis Procedure Combination）関連データを使って「医療の質の可視化」を試みたものである。心血管疾患では、一見すると死亡率の低い病院では入院中の医療費が高くなることがわかる。

しかし、この図をもって「良質な医療を提供するには相応の費用がかかる」とするのは

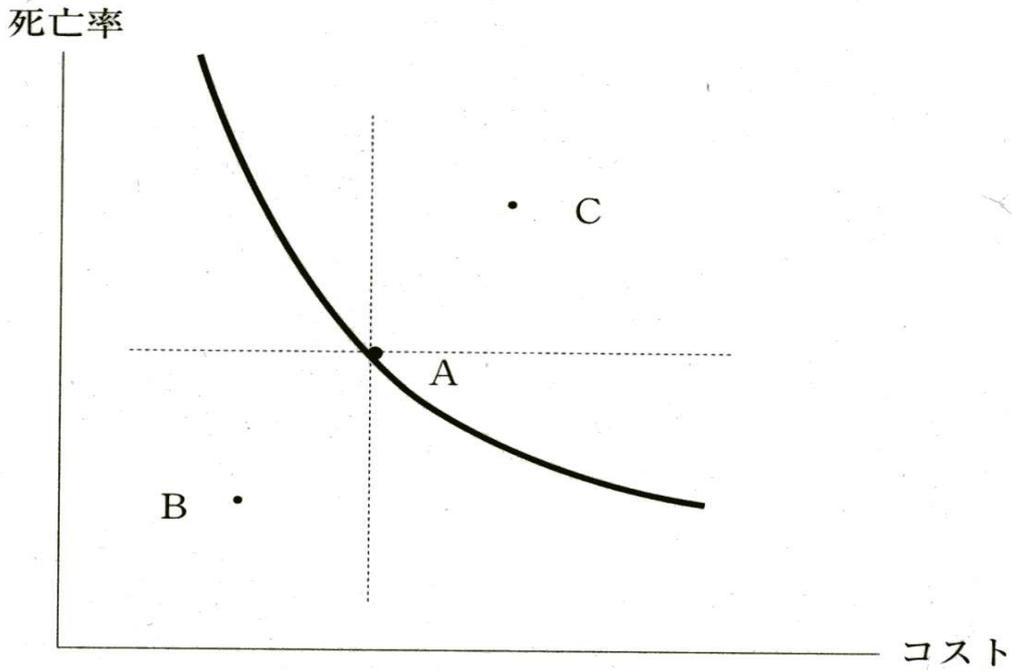
早計である。というのは非効率な医療供給により”見かけ上”のトレード・オフが生じているかもしれないからである。むしろ、ここで注意すべきは、A・B・C病院はE・J病院に比べて死亡率はあまり変わらないが、約50～100万円以上の医療費をかけている事実である。

これは裏返せば、全国の急性期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る証左ではないか。例えばM病院を「ベスト・プラクティス」として全国の急性期病院がこの病院を目指せば、医療費削減と医療の質の向上を同時に達成できるのではないか。

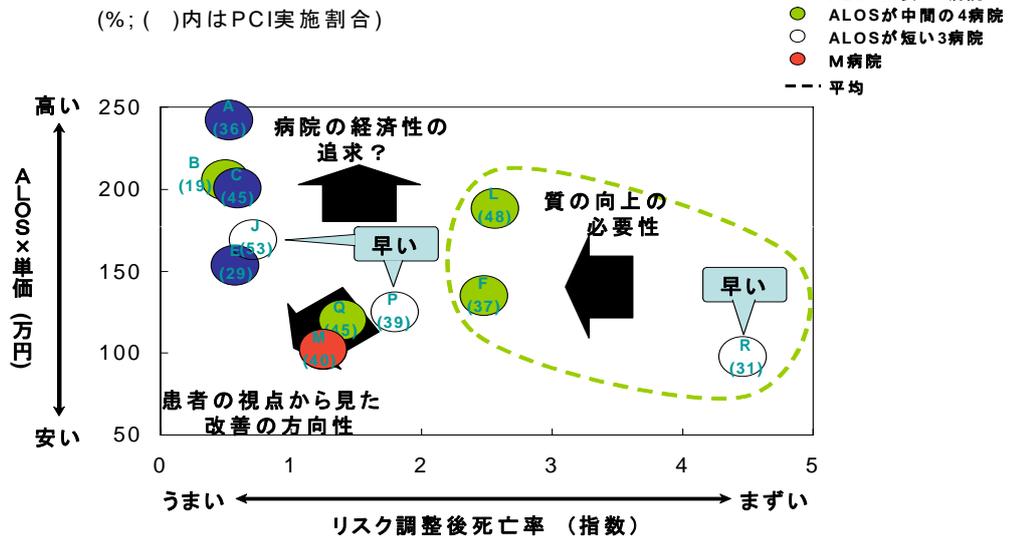
事実、米国では65歳以上を対象とした老人保険制度を司るCMS (Centers for Medicare and Medicaid Services) が「pay for performance (一定の治療成績に加算をつける)」という政策を検討中である。わが国でも品質向上と効率化の同時達成を実施している医療機関(図7-2で言えばM病院)には一定の経済的インセンティブを検討してもよいのではないか。特に後期高齢者の医療では、医師が関与できる部分は限られ、他の職種とのチーム医療に負う所が大きい、そこで今後は「多職種の協同」によって一定の成果をあげている試みを評価する“成果主義”の考え方の導入が望まれる。

なお、本報告書の執筆にあたり、本学の医療経済学分野の非常勤講師である藤田拓司医師(医療法人拓海会理事長)、江口成美さん(日本医師会総合政策研究機構主任研究員)の兩人、そして㈱Mediwiseの代表取締役の秋元聡氏、ロシュ・ダイアグノスティックス株式会社PD事業部高田藤代さん、本分野の修士課程の井上裕智君に、多大な御協力を頂いた。中でも藤田氏には、自らの医療現場での経験とデータに基づいて、第6章で「在宅看取り率を40%にする医療システムを支える診療報酬体系」というタイトルで特別寄稿いただいた。この場を借りて感謝申し上げたい。

図7-1 医療成果とコストのトレードオフ



M病院は患者の視点から見るといい病院。このことと、経済性をどう結び付けていくかが鍵
 図7-2 病院別死亡率とALOS×単価の関係（心血管疾患）



資料：平成16年度DPCデータ

参考文献

- ・内閣府「構造改革評価報告書 5—医療制度改革」2005年12月
- ・「医療費・介護費用の介護予防効果と持続性に関する研究（主任研究者＝新開省二）」2005年度厚生労働科学研究費補助金
- ・川渕孝一「社会保険統合の可能性に関する一考察～」全労災協会研究シリーズ2006年5月
- ・川渕孝一「わが国に求められる医療の質の可視化」新医療2006年1月号P.62-P.63
- ・川渕孝一「求められる医療の質の向上と効率化の同時達成」新医療2006年5月号P.157～P.159
- ・川渕孝一「医療改革～痛みを感じない制度設計を」東洋経済新報社, 2002年
- ・川渕孝一「視界ゼロ時代の病医院経営」医学書院, 2000年
- ・川渕孝一「生と死の選択～延命治療は患者にとって幸せなのか」経営書院, 1997年
- ・Richard Hillestad 他「Can Electronic Medical Record Systems Transform Health Care? Potential Health Benefits, Savings, And Costs」Health Affairs Sep/Oct 2005 Vol.24 No.5
- ・Terry, Ken “Medical Economics Continuing Survey : Managed Care Participation and Income Keep Rising,” Medical Economics. October 14:196-208.1996.
- ・K.Terry, “Capitation on the rise” , Medical Economics, Dec.6,1999
- ・G Pope, et al. : “Medicare Preferred provider Organization Demonstration: Plan Offerings and Beneficiary Enrollment”, Health Care Financing Review, Spring 2006.
- ・G Pope, et al. : “Risk Adjustment of Medicare Capitation Payments Using the CMS-HCC Model”, Health Care Financing Review, Summer 2004.
- ・G Riley, et al. : “Trends in the Health Status of Medicare Risk Contract Enrollees”, Health Care Financing Review, Winter 200-2007.
- ・N. Super, “From Capitation To Fee-For-Service In Cincinnati : A Physician Group Responds TO A Changing Marketplace”<Health Affairs, Volume 25, No.1, January/February 2006.
- ・Fitzgerald J. F., et al : The care of elderly patients with hip fracture. Changes since implementation of the prospective payment system. N Engl J Med; 319:1392-1397,1988
- ・市村和徳, 石井佐宏 : 高齢者大腿骨近位部骨折の退院時歩行能力に影響を与える因子—ロジスティック回帰分析を用いた解析. 整形外科 2,340-42,2001.
- ・van Balen R.et.al : Early discharge of hip fracture patients from hospital: transfer of costs from hospital to nursing home. : Acta Orthopaedica Scandinavica. 73(5):491-5,2002.
- ・Stromberg L. ,et al : Prospective payment systems and hip fracture treatment costs. : Acta Orthopaedica Scandinavica. : 68(1),-12,1997.
- ・de Laet CE,et al. : Costs due to osteoporosis-induced fractures in The Netherlands;

possibilities for cost control : 140(33):1684-1688,1996.

・恩田修治ほか： 齢者の大腿骨頸部骨折における退院時歩行能力に関する調査． 松江市立病院医学雑誌,1,9-22,1997.

・Orimo H : Trends in the incidence of hip fracture in Japan , 1987-1997 : The third nationwide survey J bone Miner Metab 18(3): 126-131, 2000..

・井上喜久男ほか： 重症痴呆症を伴った超高齢者の大腿骨頸部骨折患者の退院後の歩行能力について． 中部整災誌 2,7-8,1999.

・佐手達男ほか： 大腿骨転子部骨折と医療費用効果分析． 整形外科 50:227-230,1999.

・縄田和満ほか： 離散型比例ハザード・モデルによる大腿骨頸部骨折における在院日数と退院時歩行能力の分析． 医療と社会, vol.14,No.4,pp.99-115,2005.

・渡邊園子ほか： 大腿骨頸部骨折治療における治療成果の分析． 医療と社会, Vol.13,No3, pp87-101,2003.

・川渕孝一： 大腿骨頸部骨折の医療ケア標準化における費用対効果． 厚生労働科学研究研究費補助金政策科学推進研究事業

・平成 14 年日本精神科病院協会総合調査報告書 社団法人日本精神科病院協会

・平成 14 年マスタープラン調査データ集 社団法人日本精神科病院協会

・川渕孝一：「DRG/PPS の全貌と問題点」 P.157-P.171.

・Uwe Siebert, MD,MSc, MPH, ScD^{a,*}, James L. Januzzi, Jr., MD^b, Molly T. Beinfeld, MPH^a, Renee Cameron, MS^b, and G. Scott Gazelle, MD, MPH, PhD^{a,c} : Cost-Effectiveness of Using N-Terminal Pro-Brain Natriuretic Peptide to Guide the Diagnostic Assessment and Management of Dyspneic Patients in the Emergency Department, Am J Cardiol 2006;98:800-805.

・清野精彦ほか： 慢性心不全症例における N 未満 proBNP (NT-proBNP) 測定の意義、BIO Clinica19 巻 6 号,p.47-p.53,2004.

注 1) 図 1 に示したように正規性が認められた 20 の DRG についてはパラメトリック検定を採用する一方で、正規性が認められなかった残り 59 の DRG についてノンパラメトリック検定を採用した。

注 2) 本報告書は厚生労働省「国民生活基礎調査」、社会保険庁「政府管掌健康保険」データ、および健康保険組合連合会「医療給付実態調査」の個票を分析して行ったものである。

注 3) **健康保険法（療養の給付）**

第 63 条の 3 項

第一項の給付を受けようとする者は、厚生労働省令で定めるところにより、次に掲げる病院若しくは診療所又は薬局のうち、自己の選定するものから受けるものとする。

1. 厚生労働大臣の指定を受けた病院若しくは診療所（第六十五条の規定により病床の全部又は一部を除いて指定を受けたときは、その除外された病床を除く。以下「保険医療機関」という。）又は薬局（以下「保険薬局」という。）
2. 特定の保険者が管掌する被保険者に対して診療又は調剤を行う病院若しくは診療所又は薬局であって、当該保険者が指定したもの。
3. 健康保険組合である保険者が開設する病院若しくは診療所又は薬局。

国民健康保険（療養の給付）

第 36 条 3 項

被保険者が第一項の給付を受けようとするときは、自己の選定する保険医療機関又は保険薬局（健康保険法第六十三条第三項第一号に規定する保険医療機関又は保険薬局をいう。以下同じ。）に被保険者証を提出して、そのものについて受けるものとする。ただし、厚生労働省令で定める場合に該当するときは、被保険者証を提出することを要しない。

注 4) シンガポールでは国民すべてに口座開設を義務づけ、同口座に社会保障費を強制貯蓄させ、CPF（Central Provident Fund、中央積立基金）がこれを運用するという仕組みを採用している。CPF 口座には個人の①一般口座、②メディセーブ口座、③特別口座が設けられており、労使一定の負担割合で賃金の一部が積み立てられる。一般口座は住宅取得、投資信託、保険商品、大学教育ローン、両親の退職年金口座への積み立てに用いられている。これに対して、メディセーブ口座は入院医療費と一定の外来医療費の支払いに充てられ、特別口座は高齢者の年金や臨時出費（災害事故）に使われる。CPF 口座は運用益が非課税の上、個人別に管理され、取り崩さなかった残額は非課税（一定の上限あり）で相続することも可能である。また負担能力がない低所得者に対しては公費から一定の社会保障費が支給される。

注 5) STAS とは Support Team Assessment Schedule の略で、悪性腫瘍患者の問題点を洗い出し、それに対応していくための指標。連携の現場では、統一した指標・表現が必要なため、一般的に使用されている指標を使用することが増えている。一般に、在宅医療の現場では、地域連携パスの指標として、最近悪性腫瘍患者緩和ケア・ターミナルケアの現場でよく使用されている STAS を採用している。

下記の各項目を 0～4 点の 5 段階で評価する。

STAS 日本語版

1. 痛みのコントロール：痛みが患者に及ぼす影響
2. 症状が患者に及ぼす影響：痛み以外の症状が患者に及ぼす影響（症状名）
3. 患者の不安：不安が患者に及ぼす影響
4. 家族の不安：不安が家族に及ぼす影響（患者に最も近い介護者）
5. 患者の病状認識：患者自身の予後に対する理解
6. 家族の病状認識：家族の予後に対する理解
7. 患者と家族とのコミュニケーション：患者と家族とのコミュニケーションの深さと率直さ
8. 職種間のコミュニケーション：患者と家族の困難な問題についての、スタッフ間での情報交換の早さ、正確さ、充実度
9. 患者・家族に対する医療スタッフのコミュニケーション：患者や家族が求めた時に医療スタッフが提供する情報の充実度

☆評価できない項目は、理由に応じて以下の番号を書いてください。

- 7：入院直後や家族はいるが面会に来ないなど、情報が少ないため評価できない場合
 - 8：家族がいないため、家族に関する項目を評価できない場合
 - 9：認知状態の低下や深い鎮静により評価できない場合
-

注 6) アト・リスクとは at risk のことで、例えば常染色体優性遺伝の疾患を親を持つ子供は 50%の確率で発症する。そのリスクにある人のことを、アト・リスク者という。