

看護未来塾 第5回勉強会

診療報酬からの挑戦 ～ 看護政策をどう提言できるか ～

診療報酬制度とは何か ～提言に必要な視点と材料～

(日本赤十字看護大学)

2018年9月23日

田倉 智之

博士(医学) 修士(工学)

東京大学医学系研究科

医療経済政策学講座



最初に

- 1. 未来塾なので、過去は恨まず学ぼう**
- 2. 看護技術を評価すべき？何が必要？**
- 3. 提言は誰のため？何を目指すのか？**

診療報酬とはそもそも何か？

➤ もともとは、医療者の生活保障の仕組みがルーツである



1. 医師にかかわる診療報酬制度の変遷

医師という職業の報酬について、統一的な枠組みに関する議論は近代国家の体をなした明治時代の中ごろに溯ります。当時の医師の報酬設定の基本的な考え方は、自由診療・自由請求が取引の原則であり、医師の生活保障や薬剤評価が主であったようです。そのような背景のなか、「所得償行料金（最低料金を規定）」の設定などが進められたことは、その目的はともかく、統一的な報酬の検討に向けた動きとして画期的であったといえます。また結果として、医師の報酬がすでにその当時から経済基調（米価）とリンクしていたことも、時代や制度は異なりますが、現在の医師の診療報酬または医療保険財源の議論に対して示唆に富む内容であるといえるでしょう。

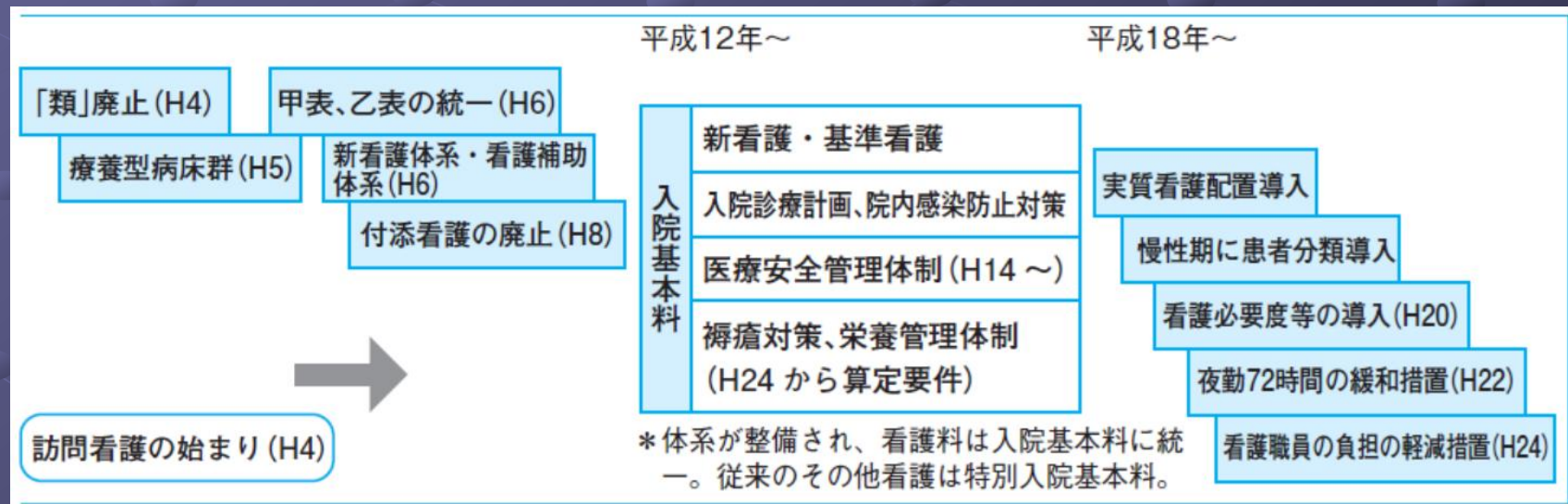
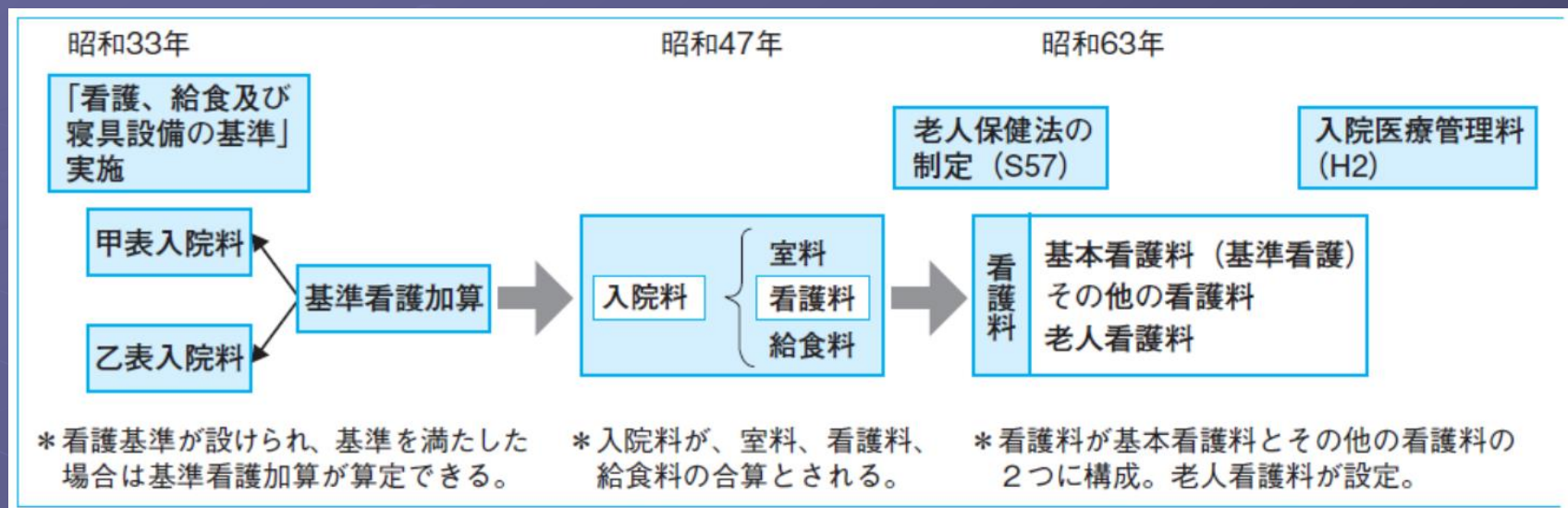
さて、時代がさらに進み大正時代に入ると、政府管掌健康保険制度が導入されます。この制度における一般診療報酬は、人頭割請負方式（政府と医師会の契約による）を基礎としており、たとえば6〜7（円/年・人）という報酬額が記録に残されています¹⁾。ちなみに、この額は「診療報酬額＝

（人頭割年額）/12×（当月初日の被保険者数）－（官公立病院当月支払額＋当月分調剤報酬額）」という考え方に基づいて算出がなされました（被保険者1人1日当たり医療費50銭、平均月診療日数17.3日として算出）。なお、当時は組合管掌健康保険制度による診療報酬も存在しており、各医師組織が各健康組合と診療契約（人頭式、定額式、時価式、割引式等が健康組合ごとに混在）を交わす形態をとっていました。しかし、昭和15年には、健康保険組合連合会と医師会の総合的一括契約に移行することになります。

その後、太平洋戦争を経て新医療体系が構築されます。その発足時に、医師の報酬設定として技術料にかかわる議論があったようです。技術料算定の概念として、「 $\text{技術料} = (1 + \alpha) \cdot g \cdot t$ （ $(1 + \alpha)$ ：技術指数、 g ：基準コスト、 t ：医療資源稼働量）」が提唱されています。1980年代の米国では、RBRVs（Resource-Based Relative Value Scale）による医師の技術料の算定が行われましたが、実際に活用されなかったものの、ほぼ同じコンセプトの議論が30年前の日本ですでにあったことを示しています。つまり先進諸国の多くでは、医師の技術は医師自身が考える難易度と提供に伴う資源消費量で決定しようと考えたわけです。なお、

(看護系の診療報酬(入院関連)の変遷)

➤ 看護料は、入院料(部屋代・人件費・食事代)の人件費部分から派生する



診療報酬は価格といえるのか？単なる収入なのか？

- 価格とは、経済学において「サービス等の価値を貨幣で表したもの」と整理される。一方で、診療報酬点数は、医療サービスの価値（市場評価など含む）を体現すると同時に、医療財政の配分結果でもある（財政制約の影響）、と解釈される。医療における価格のあり方の継続的な議論が望まれる

サービスの特性分類

点数・償還の変動の要因分類

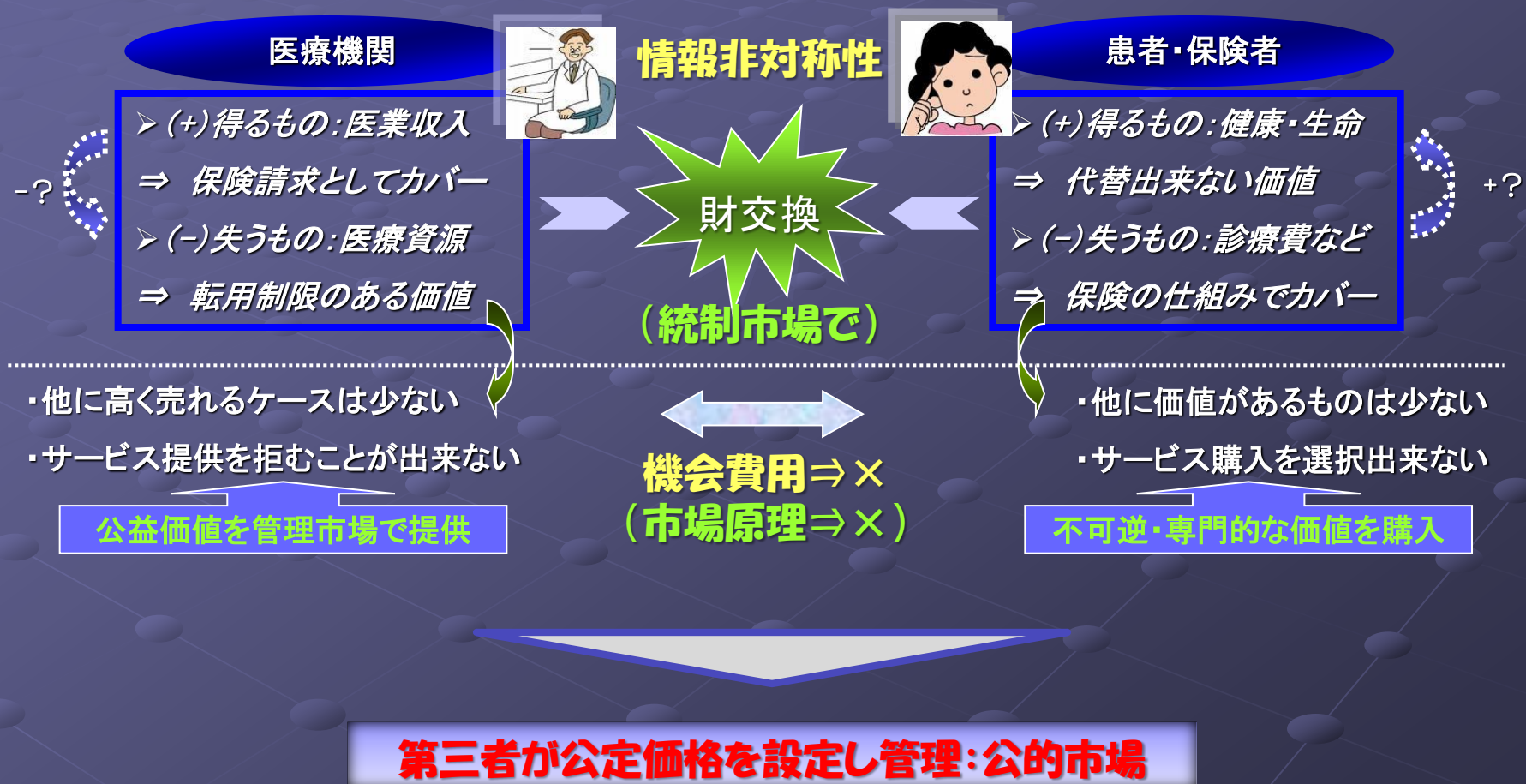
報酬

(注) 技術とモノの分離は、
新医療体系発足からの論点



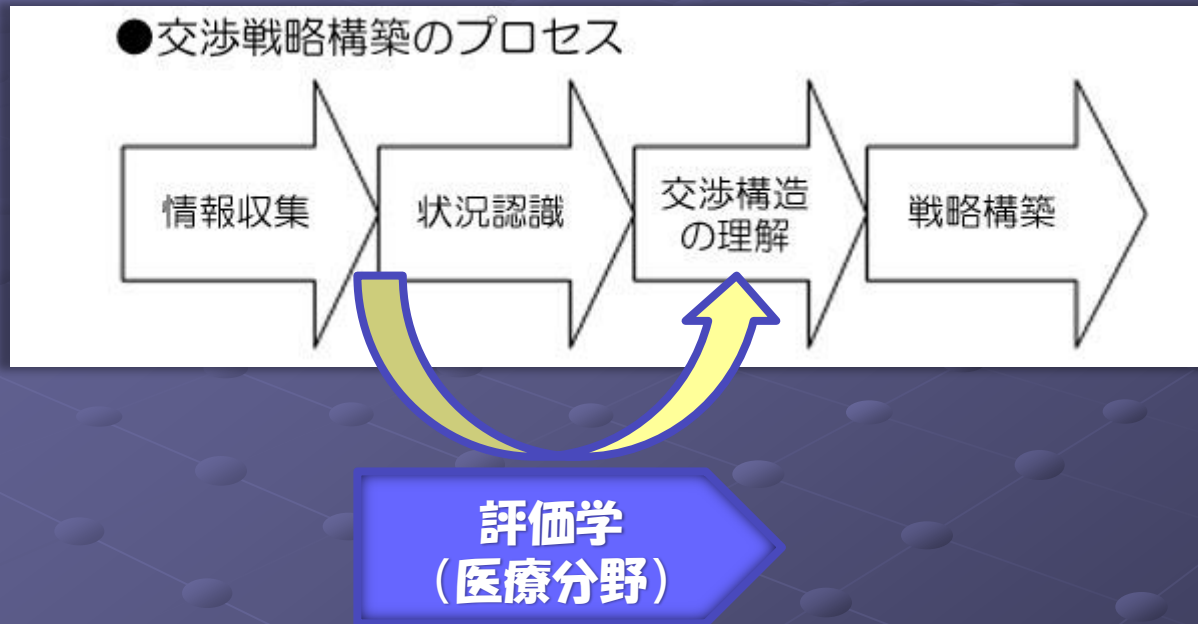
なぜ公定価格(診療報酬制度)が必要なのか？

- 不可逆な健康・生命を取り扱うため、提供者も享受者も選択肢は多くなく、取引現場で価格収斂は難しいので、第三者による公定価格が望まれる



診療報酬改定はどのような位置づけか？

- やや乱雑な表現を行うならば、診療報酬改定とは、ステークホルダー間のネゴシエーションの結果といえる(実体経済の影響を受けながら)



【交渉の基本要件】

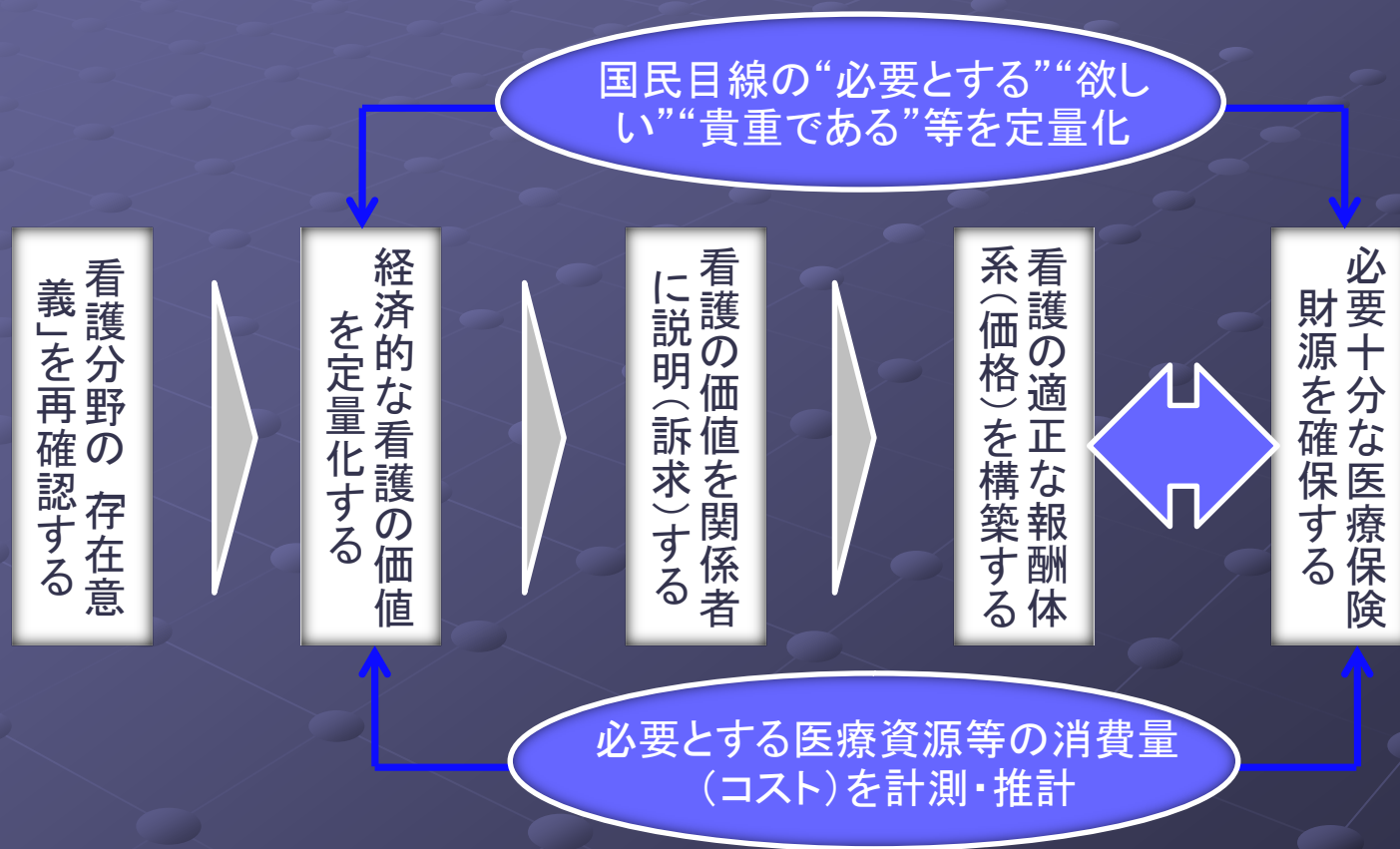
交渉とは、「相手と取り決めるために話しあうこと。かけあい。談判。」(広辞苑)となる。以下の要件が前提となる。

1. 相手がいること、特定できること
2. 合意に達するべきテーマが存在していること
3. 合意形成プロセスは、主に話し合いによって行われること

看護領域におけるネゴシエーション戦略の概念

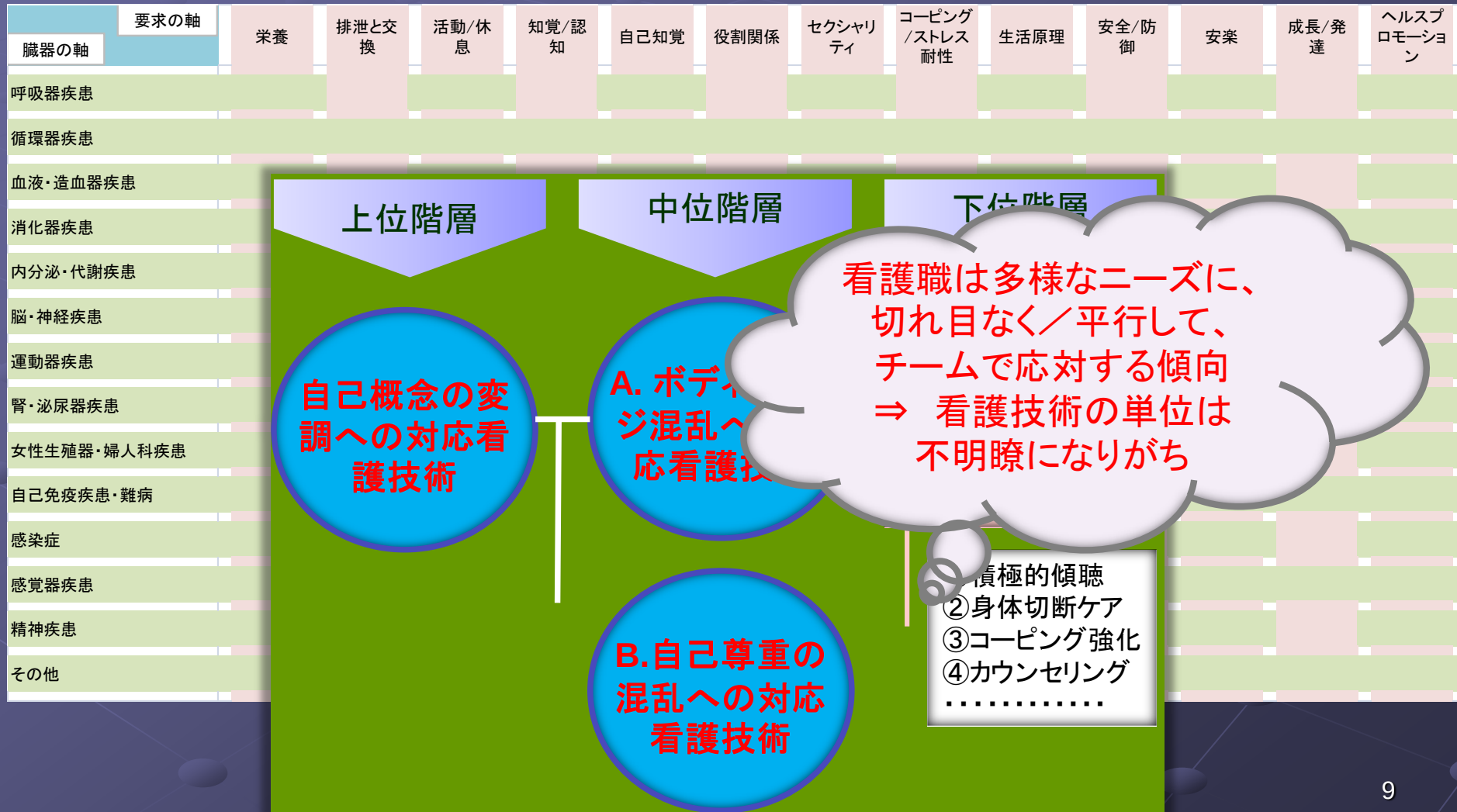
- 定量的な交渉素材(エビデンス)の準備と説明力(プロモーション)を拡大することに傾注すべきである

看護技術の報酬評価のアプローチ



看護経済評価の前提条件(必要な視点)とは

- 評価を行うには、対象の設定、すなわち看護サービスの定義(特性、範囲、単位等)が不可欠であるが、看護領域はその体系化が難しいかもしれない



看護技術の診療報酬における評価の将来は

- 看護技術の報酬の論点は、「行為」の評価か、「配置」の評価か、では？
関わる議論を収斂させるには、今後アウトカム評価も不可欠かもしれない

医科点数表における看護技術の評価形態は、大きく①入院医療、②外来医療、③在宅医療に分けて考えることができる。

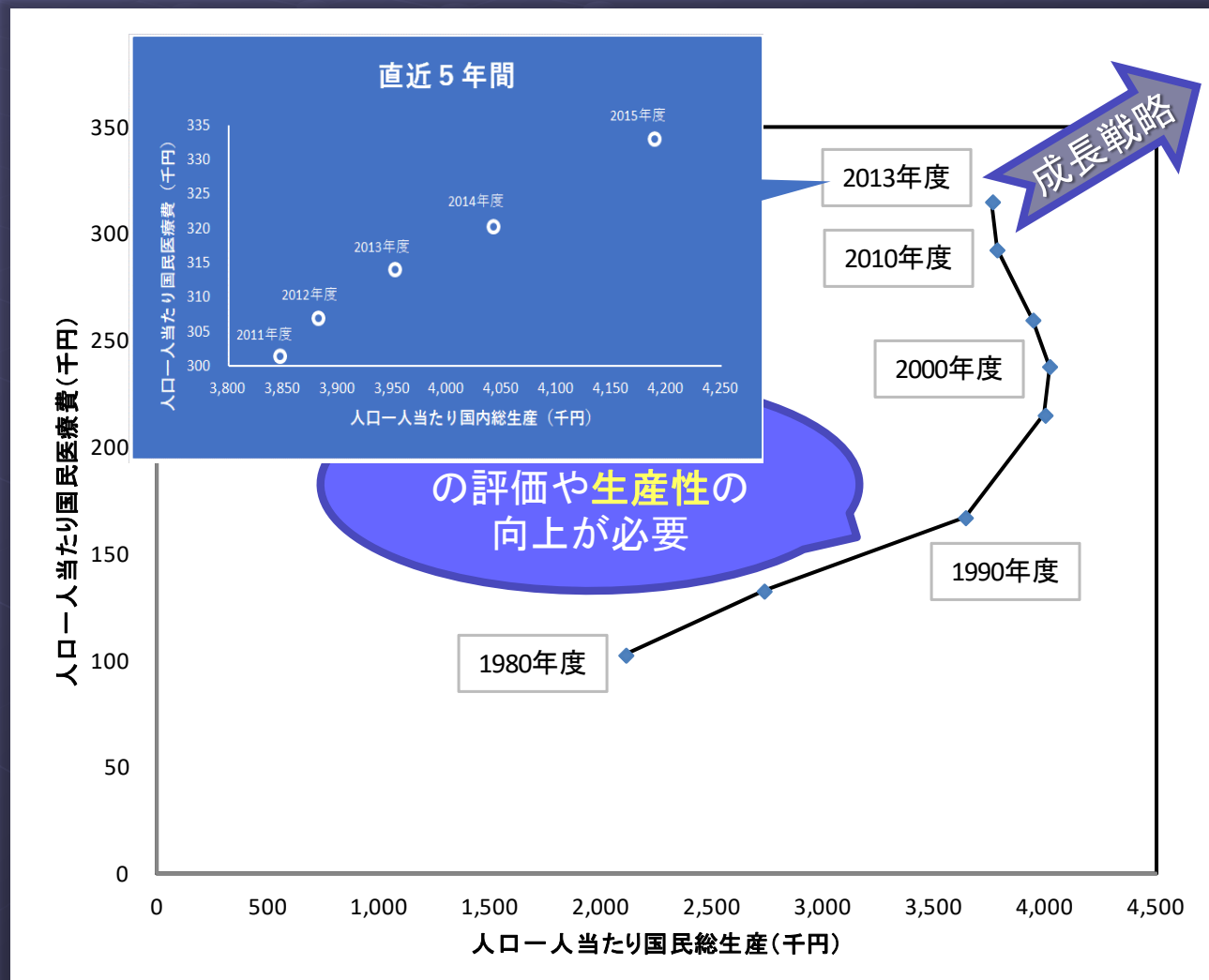
①入院医療においては、入院料（寝具類を含む療養環境の提供、看護師等の確保、医学的管理等に関する費用を総合的に評価した「入院基本料」、「入院基本料等加算」、「特定入院料」）として、看護職員の配置の厚さ等を基準とする診療報酬が設定されている。平成25年度でみると、医科診療医療費は国民医療費全体の71.8%（入院医療費44.4%）である。社会医療診療行為別調査では、入院における1日当たり点数のおよそ35.5%が入院料等（入院基本料、入院基本料等加算、特定入院料）である。結果が示すように、入院医療における看護技術の評価は、従来から「看護行為の内容」と「看護職員の配置」の2つの観点から行われてきた。この中で「看護行為の内容」は、従来から「在宅看護等」（5兆円超）と「入院看護等」の2つの技術料として包括して評価されている。なお看護職員の技術は、診療の補助サービスとして評価されている。

③在宅医療については、医科点数表は評価領域として、急速に拡大しつつある。現に、2025年を目途に構築が進められている地域包括ケアシステムの姿においては、在宅医療及び訪問サービスは重要な位置づけを占めており、看護職員の活躍が必要不可欠である。

一方、入院・入院外の双方で、所定の知識・技術を有する看護師等を専従もしくは専任で配置させてサービスを提供することを評価した診療報酬が設定されるようになってきた（入院基本料等加算、

診療報酬制度の外的なマクロの潮流とは

- 医療財源は、実体経済の影響を受けるため、政策検討の選択幅が狭まる
- 人口1人当たりの国民医療費と国民総生産の関係**



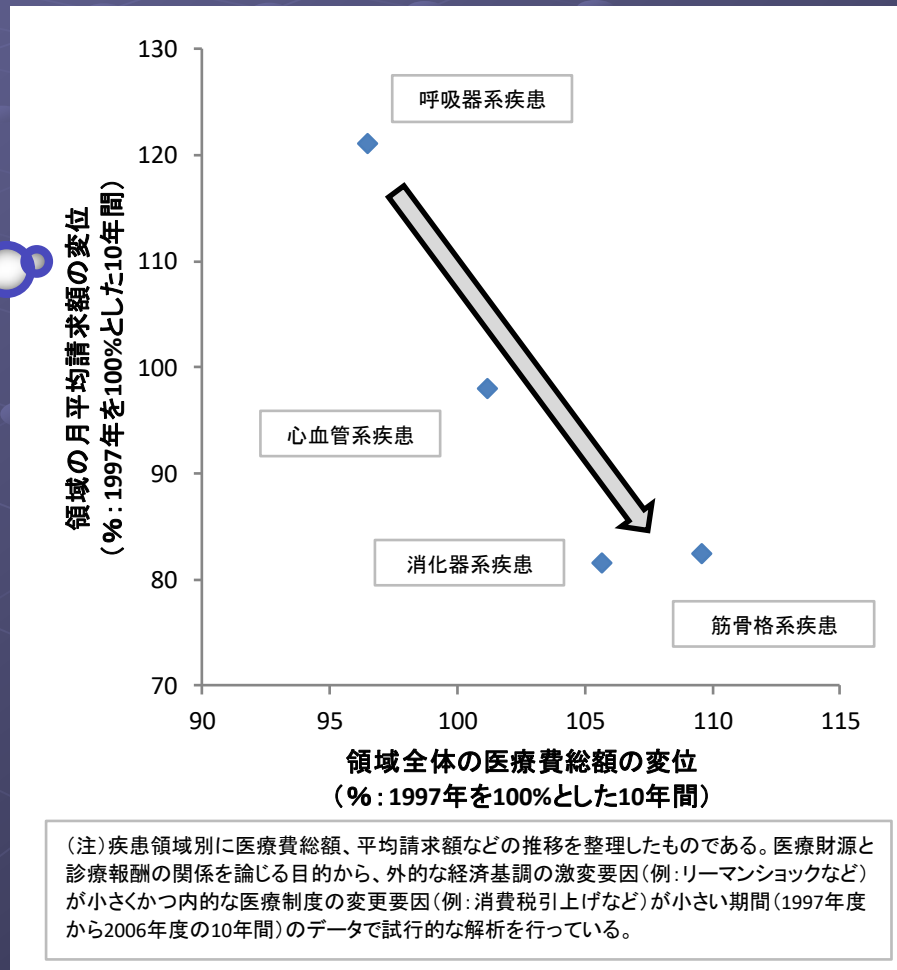
診療報酬制度の内的なマクロの潮流とは

- 過去10年間で全体医療費が約10%増加している。財政均衡作用などの影響で、領域全体増の平均請求額は低下する(手術を除く診療)

分野別の医療費(医療費総額と月平均請求額)に関する過去10か年の推移

財政均衡⇒限られた医療資源の制約の中で、需要にそって診療報酬の水準を調整すること

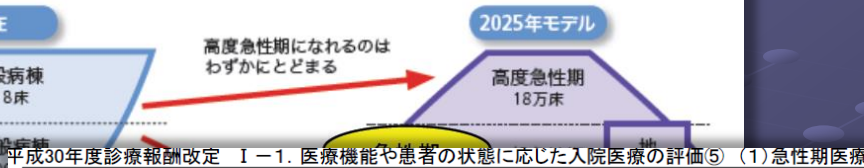
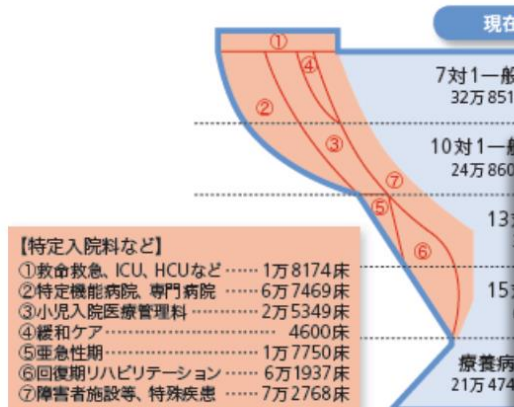
「単価×数量＝総計」の関係が読み取れるのでは？



(一般病棟入院基本料の平成30年度診療報酬改定)

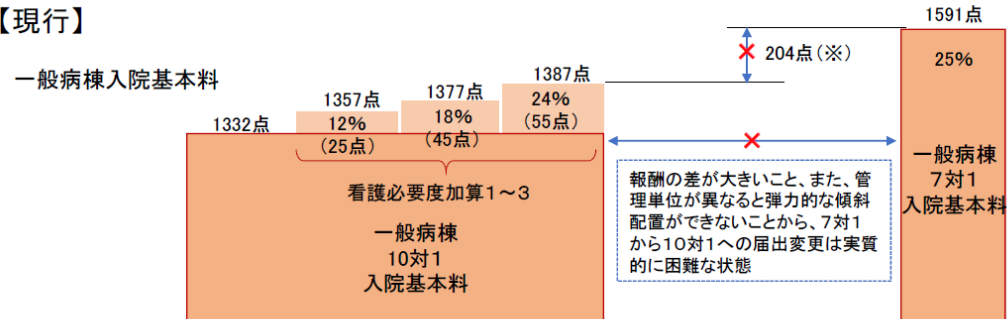
➤ 7対1が病床数の多くを占める状況をどう考えるか？(あるべき姿は？)

2025年に向けた医療機能分化のイメージ



一般病棟入院基本料(7対1、10対1)の再編・統合のイメージ

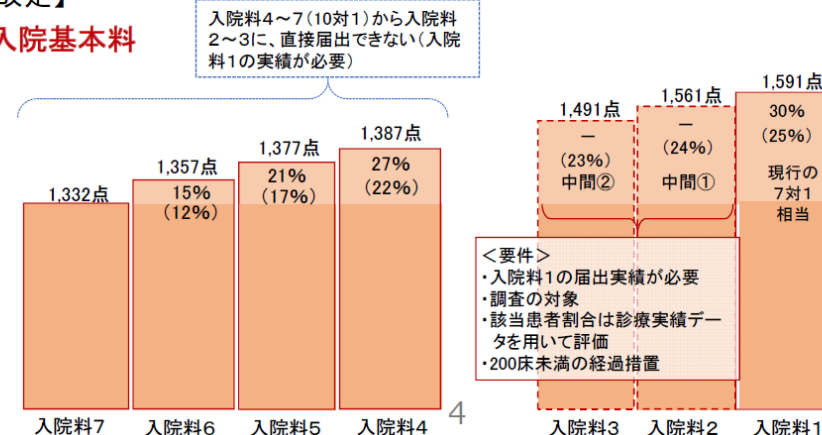
【現行】



※ 200床の病院で、入院基本料の差を試算すると、年間約1.2億円程度と推計され、影響が非常に大きい

【平成30年度改定】

急性期一般入院基本料



現行の7対1についてニーズに応じた弾力的かつ円滑な対応を可能に

【実績部分】
重症度、医療・看護必要度の該当患者割合
【見直し後の基準】
Ⅰ) 現行の評価方法
Ⅱ) 診療実績データによる評価方法

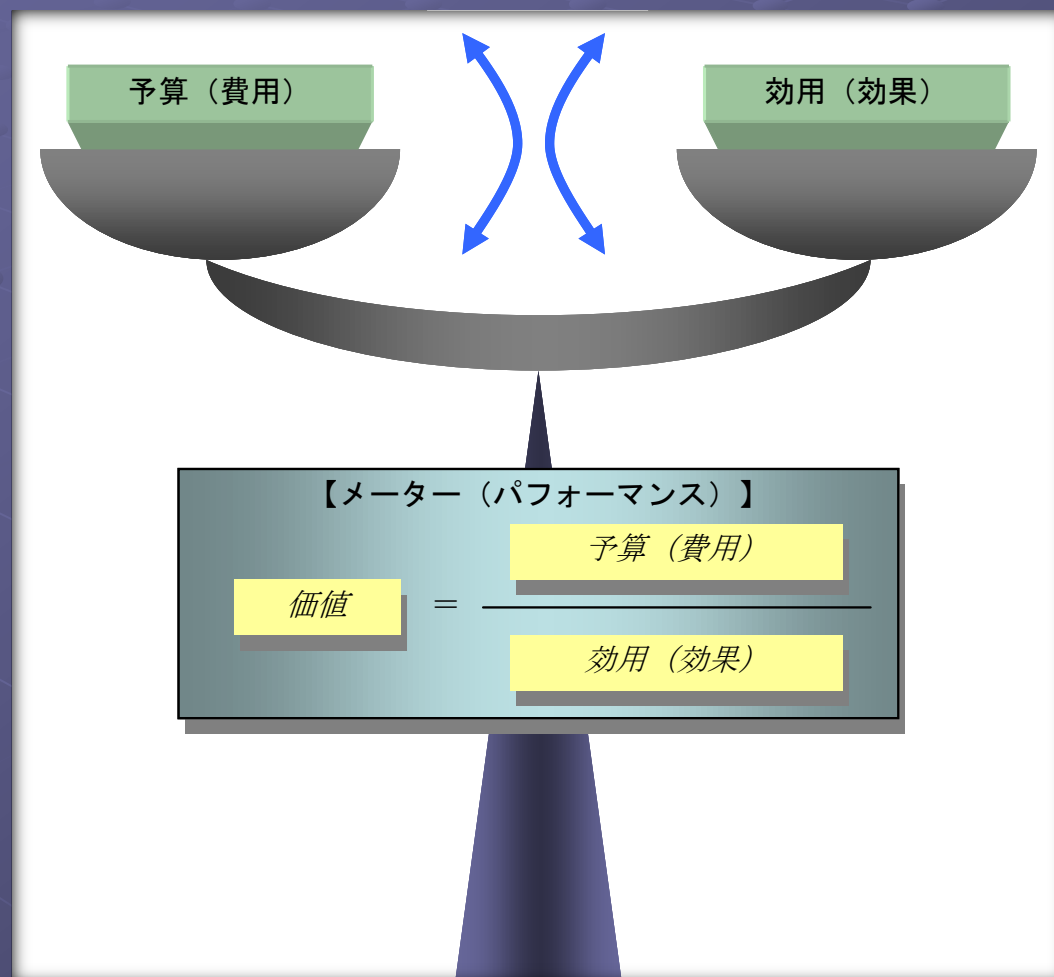
【基本部分】

()内は重症度、医療・看護必要度Ⅱの該当患者割合

診療サービスの価値とはどのように表現すべきか

- 同じ費用をかけるのであれば、成果の大きいことが経済的な価値を高める

消費資源 (Cost) ÷ 健康回復 (Outcome) ⇒ 診療パフォーマンス = 価値 (Value)



■「価値＝パフォーマンス」は、1予算の消費に対する効用が高いほど良い、または1効用を得る費用が小さいほど高いと整理する。“使用価値”や“交換価値”を問わず、予算の範囲で効用を最大化させる場合、パフォーマンスが高いほど得られる効用は増え、価値が増大することになる。

限界効用理論などを踏まえて論じると..

(ロボット支援手術の報酬動向_医療経済の考え方)

- ロボット支援手術の保険評価の拡大の背景にも、費用対効果的な概念(費用最小化分析も含む)による議論は若干あることが伺える(推察)

2018年1月17日 | 2018年度診療・介護報酬改定

ロボット支援手術を、胃がんや肺がん、食道がんなど12術式にも 拡大—中医協総会 第384回 (1月17日)

ツイート

いいね! 135

シェア

ロボット支援下内視鏡手術は、現在あるが、2018年度の次期診療報酬改定で、胃がん▼子宮がん—など12の術式にも適用される。これは、▼骨軟部腫瘍▼前立腺がん—についても同様で、診療報酬改定で掲載する。

1月17日に開催された中央社会保険医療協議会(中央社会保険協議会)第384回総会(1月17日)で、ロボット支援下内視鏡手術の点数は、既存の術式と同程度に設定される見込みなため、「da vinci」システムなどの導入が広がるかどうかは未知数です。

【記事抜粋】

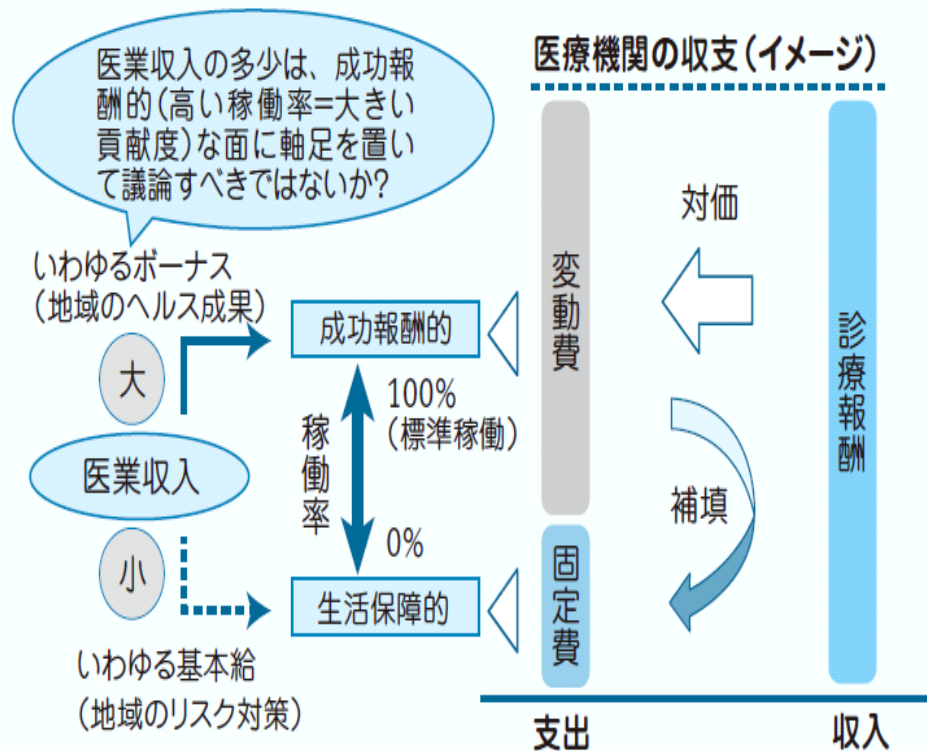
※1: なお、医療技術評価分科会では「既存技術に比べて優越性を示すまでには至っていない手術については、既存技術と同程度の点数とすべき」との見解も示しており、既存の内視鏡手術などと同点数となる技術も少なくないでしょう。このため、「da vinci」システムなどの導入がどれほど進むかは未知数です。

※2: ただし、症例蓄積・分析などによって「優越性が立証されれば、今後、点数が引き上げられる可能性」もあります。

医療資源の報酬評価と医業収入のあり方とは

- 地域医療の持続的な発展には、医療資源（専門職や高度機器）の適正な評価が不可欠である（臨床成果と社会経済との調和を念頭に）

図2 診療報酬の基本概念をコストの種別から整理



出典：田倉智之. 内科系診療所医師の技術評価について－診療報酬体系の歴史的考察. 日本臨床内科医会. Vol.25 No.5, pp.622-626. 2011.

システムや医療技術の生産性の評価（アウトカム評価・価値評価）

過剰診療の抑制も考慮

包括支払、総枠予算など

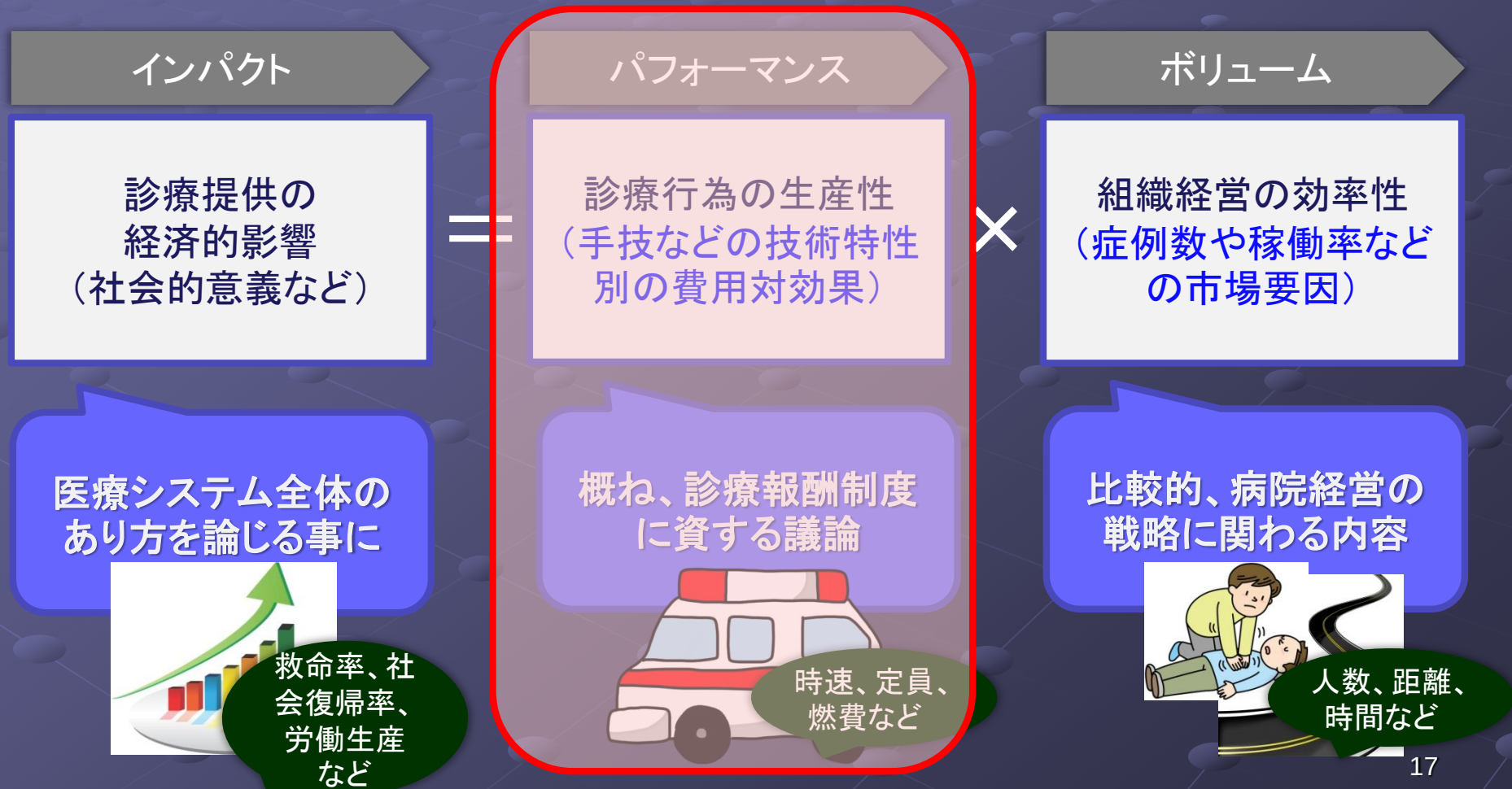
診療価値の適正評価？

医療の発展？

診療の価値評価をシステム論として展開する方法は

- 医療分野の生産性や付加価値を経営や制度の観点から論じる場合、技術の生産性と組織のそれを分けて整理を行うことが肝要である

システム論として医療の価値評価を検討する概念



(看護領域のプロモーションのイメージ)

- 交渉戦略立案にあたり、検討フローを作成し、理論強化する場合もある
やや乱暴だが演繹的な切り口の整理のイメージ(前回話題にあがった72時間要件)

- ・看護師等人材確保に関する法律
- ・36協定
- ・算定基準
- ・会員資格 等

72時間要件について(緩和等の議論がある場合)

法制化等の導入

Y | N

Am J Prev Med. 2015 Mar;48(3):241-52. doi: 10.1016/j.amepre.2014.10.018. Epub 2015 Jan 6.

Total and cause-specific mortality of U.S. nurses working rotating night shifts.

Gu F¹, Han J², Laden F³, Pan A⁴, Caporaso NE¹, Stampfer MJ⁵, Kawachi I⁶, Rexrode KM⁷, Willett WC⁸, Hankinson SE⁹, Speizer FE¹⁰, Schernhammer ES¹¹.

Author information

Abstract

BACKGROUND: Rotating night shift work in

PURPOSE: To examine associations between rotating night shift work and mortality in a prospective cohort study of 74,862 registered nurses.

METHODS: Lifetime rotating night shift work was assessed in a questionnaire. 14,181 deaths were documented, including 10,000 deaths from causes other than cancer. Hazard ratios (HRs) and 95% CIs.

RESULTS: All-cause and CVD mortality were higher among women who had ever worked night shifts. Specifically, for women who had ever worked night shifts, the HRs (95% CI=1.05, 1.18) for all-cause mortality and CVD mortality were significantly higher than for women who had never worked night shifts. The association between rotating night shift work and mortality was similar for women with 15 years or more of rotating night shift work on health and longer.

CONCLUSIONS: Women working rotating night shift work have a modest increase in mortality. Rotating night shift work on health and longer.

Copyright © 2015 American Journal of Preventive Medicine.

PMID: 25576495 [PubMed - in process] PMCID: PMC4339532 [Available on 2016-03-01]

- 夜勤を経験した看護師(継続15年)は、夜勤をしていない者に比べ、

- 循環器系の死亡率(HR); 1.29倍
(6年以上はそれ未満に対してリスクが1.51倍という他の報告もあり)
- 肺がんの死亡率(HR) ; 1.25倍
- 全死亡率(HR) ; 1.11倍
- 他の癌種の死亡率(HR); 差はなし

今後

(看護領域における医療経済評価のケース；指導管理)

- 透析導入後、月平均の入院回数は、看護職などによる指導管理の多い群が少ない群に比べて統計学的有意に減少した。また、透析導入の前後の医療費変位を分析したところ、一般診療費において、指導管理の介入の多い群は少ない群に比べて、医療費の増加が抑制された

項目	指導管理回数多い群	指導管理回数少ない群	有意差
	(透析導入前の指導管理回数； 多い群を1.0回/月以上、少ない群を0.0回/月)		
サンプル数(件)	24	27	
男性比(%)	84.2	66.6	
平均年齢(歳、透析導入時)	56.8 ± 11.8	57.6 ± 8.3	n.s.
観察期間(月、全観察期間)	30.3 ± 7.0	28.3 ± 7.9	n.s.
導入前後の指導回数(回/月)			
導入前	1.24 ± 0.34	0.00 ± 0.00	p < 0.01
導入後	1.20 ± 0.59	0.38 ± 0.44	p < 0.05
導入前後の平均入院回数(回/月)			
導入前	0.11 ± 0.10	0.07 ± 0.11	n.s.
導入後	0.09 ± 0.18	0.10 ± 0.10	n.s.
導入前後の入院回数の変位(変位＝透析導入後－透析導入前、回/月)	-0.03 ± 0.18	0.03 ± 0.13	p < 0.05
導入前後の平均医療費(点/月)			
一般診療系(導入前)	6,452 ± 2,293	6,395 ± 2,299	n.s.
一般診療系(導入後)	10,437 ± 4,732	10,873 ± 8,108	n.s.
導入前後の一般診療費変位(変位＝透析導入後－透析導入前、点/月)	3,985 ± 5,006	4,478 ± 7,678	n.s.
参考：導入前後の全体診療系(透析医療分を含む)の変位(点/月)	36,947 ± 13,046	37,691 ± 16,714	n.s.

看護職の業務拡大と生産向上への期待(NPとPAの例)

➤ 看護職の活躍で、医療システムの持続性が高まると期待される(米国の例)

NPの ケース

プライマリケアの領域

- 米国では、細分化・高度化などのディメリットが顕在化したため、2008年に「NPはプライマリーケアと急性期医療を担う専門職」と再定義がなされ、6領域を対象範囲とするという統一的な方針が出されている。患者QOLや患者満足度などの改善は医師と比べても遜色なく、逆にコミュニケーションの強化により、**患者・家族のコンプライアンスの改善などがより円滑になると期待される。**

PAの ケース

急性期・周術期の領域

- 米国におけるPAは、検査のオーダーや投薬を病態の変化に則してきめ細かく対応したり、特定の処置や手技を必要に応じて迅速に介入させたりと、多忙な医師による診療密度の低下や診療過程の待機(waiting)を減らし、費用を抑制しながらも診療成果を確保することで、**高価な医療資源(医師など)の回転率を向上させることが挙げられる。**

まとめ

■ 社会経済

⇒ 医療保険財政が逼迫し、持続的な医療提供の検討が必要

■ 報酬改定

⇒ 関係者間の交渉であり、戦術とエビデンス、説明力が不可欠

■ 看護領域

⇒ 医療の生産向上に資する入院基本料等の提言が待たれる

■ 主な論点

⇒ 配置の評価、行為の評価か、アウトカム評価を目指すのか

ご清聴ありがとうございました

おわり

Telephone : 03-5800-9523

E-mail : ttakura@m.u-tokyo.ac.jp

