

第153回月例セミナー 【ダイジェスト】

「後期高齢者医療制度のゆくえ」

～高齢期を支える保険医療システムに関する考察～

東京医科歯科大学大学院教授 川渕 孝一

●医療保険制度改革大綱（政府・与党医療改革協議会）

ただいまご紹介いただきました川渕です。私は東京医科歯科大学の医療経済学分野で教員をしています。今日は私の考える後期高齢者医療制度のゆくえについて述べていきたいと思えます。

これは制度ものなのでもう既に決まったことは多く、例えば、医療保険制度改革大綱は既に出ています。2006年4月には3.16ポイントのマイナス改定がありました。2008年度の診療報酬はどうなるのかということは、次の演者が話すのではないかと思います。2006年10月からは、年収が520万以上の患者さんの負担が、70歳以上といえども3割になりました。また、これは今日の私の本論ではありませんが、生活習慣病対策も医療関連サービス振興会の皆様にとってはビジネスチャンスになるのではないかと思います。そして、2008年度からは保険者に特定検診・保健指導が義務づけられます。

さらに、2008年度からは75歳以上の後期高齢者の医療制度が始まるという話です。一時はこれを医療保険制度と呼んでいましたが、最近では医療制度と呼んでいます。ただ、ここへきて凍結という話が出ています。例えば、同時に2008年度から患者さんの自己負担が1割か2割になるのかと思っていたら、福田総理大臣から1年ぐらい凍結するという話があり、また、原則75歳以上からは平均して月々6,200円の保険料をいただくことになっていたのですが、これも6カ月間は凍結すると言われていました。ただ、財源が必要なものなので、補正予算を組むと聞いていますが、今粛々と進んでいます。一時は総額予算制や保険免責制という話もありましたが、とりあえずこれらは見送られました。

●中医協などにおける診療報酬改定までの流れ

今日は後期高齢者の医療制度についての話ですが、この議論はいろいろな場で進んでいます。特に診療報酬については中医協（中央社会保険医療協議会）で非常にめまぐるしく動いています。この11月もいろいろな議論があるのではないかと思います。今年3月ぐらいに後期高齢者の新たな診療報酬体系の基本的な考えのとりまとめがあり、ほぼ基本的な考えはまとまっています。そして、骨子が7月ぐらいに出たと聞いています。実際に新しい後期高齢者の診療報酬が始まるのは2008年4月からです。

●後期高齢者医療制度の施行準備

後期高齢者医療制度の施行準備についてはいろいろなところで報じられているので、今日はもう少し中身を見ていきたいと思います。後期高齢者に関しては新しい制度で、例えば、先ほど75歳以上からいただく保険料は平均で月々6,200円と言いましたが、実際は各都道府県に広域連合議会ができており、ここで保険料を決めていきます。だんだん保険料は決まってきており、来年4月から保険料を徴収する準備が始まりました。先ほどご案内したように、若干凍結期間は設けますが、基本的には75歳以上の方に関しても、これからは保険料をいただくというスキームになっていくのではないかと思います。

合わせて、この秋に新たな診療報酬体制にかかわる基本方針が出ました。既に発表になっているものなので、私が今日いろいろ言ってみてもあまり議論する余地はないのですが、私が今1月に書いた報告書があるので今日はそれについて言及できたらと思います。

●年208万円受け取る標準的な厚生年金受給者の保険料（年金天引き）

保険料については、いろいろなマスメディアで報じられています。6,200円と言いましたが、基本的には老人医療費が高い県はもっと高くなり、老人医療費が安い県は安くなります。これは今回の後期高齢者の医療制度のスキームです。長崎県が6,056円、富山県が6,096円など、都道府県ごとに保険料が決まってきました。東京都は6,150円ですが、東京都は所得水準が高く、国から配布される交付金は全国平均の58%です。非常に恵まれている県なので交付金も少なく、保険料はもう少し高くなるかなと思ったのですが、一部報道では、ある程度保険料を抑制したということで、6,200円を下回る6,150円になっています。

一方、6,200円を上回る県は、千葉県、神奈川県、愛知県です。愛知県は6,750円で、6,200円より550円も高いです。広域連合事務局は「厚生労働省の試算は、おそらく医療費だけで計算しているのではないか。保健事業にかかる費用は含めていないのではないか」とおっしゃっています。私ではありません。愛知県の方がおっしゃっているわけです。最近では地方の時代なので、地方の役人が計算する、あるいはいろいろな意見が出てきますが、これはいいことではないかと思います。愛知県は6,750円ですが、医療費だけではなく保険事業の費用も入っているということです。

実は75歳未満の生活習慣病対策、メタボリックシンドローム対策と、75歳以上の後期高齢者医療制度はリンクしています。なぜかというと、都道府県ごとに一定の目標値を課すのですが、その目標を達成しない場合は交付金を減算する、あるいは達成したところは加算するという加算減算の仕組みが入っているからです。75歳未満の方のメタボリックシンドローム対策と75歳以上の新しい保険財源がリンクしているということは今回の特徴ではないかと思います。先般、某健康保険組合の理事長に「このような制度はどうですか？」と聞くと、「うーん、75歳以上の方の保険料と75歳未満のメタボリック対策がリンクする

というのは、健康保険組合としてはあまりしっくりいかない」ということでした。これは今回の制度改革のスキームで、第 164 回通常国会で圧倒的多数の下で通った法案なので、凍結があっても粛々といくのではないかと思います。

●高齢者医療費と介護費の将来予測

1.医療の市場規模

後期高齢者の話をする前に、高齢者の医療費についてです。医療費に関しては、国民医療費統計があります。毎年発表になるのですが、1 番直近の通知が 2005 年のもので、医療費は 33 兆円です。一部のマスコミは、「また 1 兆円増えた。医療費は増えるとけしからん」と言います。しかし、皆様においては、ある意味で医療費は市場規模とも言えるのではないかと思います。医療は産業という部分もありますので、医療費はコストですが、医療の市場規模という言い方もできると思います。

今日は製薬メーカーの関係の方もいらっしゃるかもしれませんが、医薬品のマーケットは 6.4 兆円、医療機器のマーケットは 1.6 兆円ということで、ここ最近は伸びていません。このあたりも最近の医療費適正化政策の結果ではないかと思います。ただ、2000 年 4 月に新しい介護保険が始まり、それまでは医療費で払っていたものを介護に移したので、医療と介護を足し算してみたらいいのではないかと私は思い、足し算してみると、現在の国民医療費は 33 兆円で、介護も 6 兆円強のマーケットになってきました。

●国民医療費および老人医療費の推移

老人医療費は伸びても仕方がないと言われますが、2003 年、2004 年は老人医療費が伸び悩んでいます。当局の発表では、老人の定義を 70 歳から 75 歳に上げているので、そのような点では想定範囲内でしょう。これに対して国民所得は 1990 年後半からずっとマイナスで伸びていません。このあたりがよく言われるデフレ不況であり、国民所得が伸びていないのに対して、医療費が伸びているのではないか、しかしながら老人医療費に関しては 2003 年、2004 年に制度改革も少しあり、伸び悩んでいるのが現状ではないかと思います。2006 年以降はどうなっていくのかという話もありますが、医療費をめぐる環境は非常に厳しくなっています。

●療養病床の再編成に関する全体スケジュール

療養病床の再編問題も降ってわいたように出てきました。2006 年 1 月に、2011 年度に介護保険の療養病床を廃止すると発表されたのです。これは電撃発表と言っていいくらい、医療界にとっては大変ショッキングなアナウンスメントでした。先日、舛添要一厚生労働

大臣がメディアファックスで報じた内容によると「いろいろ反発があるのは分かるが、社会的入院を阻止しないと医療費が膨張する一方で、地域によっては療養病床が必要な部分もある。きめ細かく地域性に応じてケアしていくしかない」ということでした。よく言われる激減緩和の措置を講じていくということでした。舛添大臣は非常にユニークなキャラクターの濃い大臣ですから、マスメディアに登場する機会も多いと思います。療養病床問題に関しては、激減緩和措置ということで、先ほど説明したような凍結や廃止という話はありません。やはり 2011 年度をもって介護療養は廃止されるのでしょうか。ただ、激減緩和措置があるので、2011 年度までに一気にいくわけではないと思います。

●当面の展開

一方、どこに行けばいいのかという話もあります。これは厚生労働省がよく言っている「転換型の老健（介護老人保健施設）」です。特養（特別養護老人ホーム）、ケアハウス等いろいろ選択肢はありますが、1 番有力な転換先は老人保健施設ではないかということです。となると、病室面積を広くする必要があります。老健は 1 床当たり 8m²、療養病床は 6.4m²です。そうすると、1 番よく出てくる問題が、2000 年に療養病床をつくるときにずいぶんお金を借りた、まだ返済が残っているにもかかわらず、また 6.4m² から 8m² に改築するかということです。一般病床から療養病床に変わるとき、4.3m² から 6.4m² になったばかりなのに、今度は 8m² なのかということです。1 番大きな悩みは、やはり改築問題です。もちろん患者さんの老健への適応は大丈夫なのかという問題もありますが、今の医療界にとって 1 番悩ましい問題はまた建て替えなのかということです。そこで私は代案としてメディカル付きマンション、メデイションを提案していますが、コンセプトをなかなか分かっていただけない。

私が 1 番懸念したのは、今ある老健にもう 1 つ新しい老健をつくると、ダブルスタンダードになるのではないかということで、全国老人保健施設協会の川合秀治会長はじめ、猛反対されています。2 種類の老健があるのも変な話ですが、基本的に従来の老健に関しては、経過型の老健ということだと思えます。先ほどの舛添さんの言葉を借りれば、激減緩和をしつつ、ゆくゆくは一種類の老健に移ってほしいということで、よく出てくる「当分の間」ということになってくるのではないかと思います。10 月 22 日の『医療タイムス』には、この老健に関しては、今ある老健の介護報酬に一定の加算等を認めていくことによって、ソフトランディングしていくという報告がありました。ですから、ダブルスタンダードすなわち、新しい老健をつくるのではなく、転換した老健に関しては、例えば看護必要度や医療必要度によって若干加算を設けていくのではないかと思います。

しかし、そうするとまた 1 つ疑問が残ります。老健の中にある比較的看護必要度や医療必要度の高い老健はどうするのかということは、おそらく次回の会合で議論があるのではないかと思います。このように、療養病床再編問題については、いろいろな議論がありま

すので、マスメディアの報道に目をつけていただかないと置いていかれてしまいます。

●2.介護の市場規模

介護の市場規模についてです。介護保険は2000年4月から導入され、当初4.3兆円の予算を組んでいましたが、3.9兆円のお金しか使いませんでした。そこで私は、『介護はビジネスになるか』という本を書いたのですが、正直すぎたのか、この本は売れませんでした。「介護はビジネスになる」と書かなければいけなかったのです。当時は4.3兆円の予算を計上したのに、なぜ3.9兆円しか使わなかったのかと思ったのですが、心配は必要なかったようで、現在はどんどん増えて6.4兆円まできています。

おもしろいのは、介護には在宅と施設介護があることです。在宅は3.2兆円、施設は3.1兆円、四捨五入して3.2兆円です。これまでは施設のほうが圧倒的に在宅を上回っていました。ところが、最近は施設がむしろ伸び悩んで、在宅のほうが増えてきたということが特徴だと思います。これにはいろいろな理由がありますが、国は在宅にどんどんシフトしてほしいと言っているのです、政策誘導の色彩が強いです。特に私がおもしろいと思ったのは、訪問介護です。いろいろな企業が参入され、訪問介護市場は伸びてきました。これだけ伸びるのは、当局の想定範囲内だったのでしょうか。保険があつて介護サービスなしでは困るので、民活導入ということで、株式会社の参入も認めたわけです。2900億円が7100億円という市場規模になり、相当伸びました。

これに対して訪問看護は、1013億円から1254億円へとあまり伸びていません。なぜ伸びないのでしょうか。理由はいろいろあると思います。ある方に言わせると「一般国民は訪問看護と訪問介護の違いを分かっていないのではないか」ということです。とにかくホームヘルパーが来てくれればよいということです。訪問看護はホームヘルパーではありません。国家資格を持った看護師が来るので、当然値段は高いわけです。しかし高いのは困るというケースも散見されるそうですから、果たして訪問看護業界が介護報酬で支払ってもらったのがよかったのかということです。ここは私の危惧するところです。先日、もし仮に2000年に戻れたとすればどうなるかという推計をしてみました。もし訪問看護を医療保険で支払ったとすれば、1200億円よりもう少し伸びていたという推計結果になりました。しかし、2000年4月に戻れるわけではないのでこれは仕方ないと思います。介護保険は5年に1回見直すことになっているので、2006年度に見直すべきだったのですが、訪問看護は基本的には介護報酬でいくということでした。実際は訪問看護の市場は8割が介護保険、2割が医療保険らしいので、全部が介護保険ではないのですが、非常に介護保険に負っているところが大きいです。

施設介護サービスの3施設について、特養（特別養護老人ホーム）は名前が変わって介護老人福祉施設といます。介護老人保健施設は、先ほどお話しした老健です。すべて介護報酬になりました。そして、介護療養型医療施設は2011年度に廃止されます。その市場

規模は 6,558 億円です。これはあまり大きくないのですが、なぜ廃止するのかという、いわゆる社会的入院を排除したいからです。では、介護療養型医療施設に入っている人が社会的入院なのかという、それがよく分かりません。そもそも社会的入院という定義も分からないのです。医学的には入院する必要はないが、社会的受け皿がないために入院を余儀なくされると言いますが、それは本当に介護療養型医療施設だけで起こっているのか。

● II.医療・介護費の将来推計

これは医療・介護費の将来推計です。一体医療と介護費用がいくらになるのかということですが、推計は常に外れています。1995 年の厚生白書では、2025 年の医療費は 141 兆円になるということでした。1998 年 5 月の医療保険福祉審議会の資料では 104.5 兆円、2001 年の厚生労働省保険局から出された「医療制度改革の課題と視点」では、81 兆円でした。どんどん下方修正して、つい最近出た資料では 56 兆円です。たった 10 年間でよくもこんなに下方修正をしたと思います。医療費というのは市場規模なので、医療費が 141 兆円もあれば、皆様の業界は潤うと思います。しかし、やはりそのようにはならないのかなということです。

経済財政諮問会議は、「56 兆円では持続可能ではない」と言っています。「では、いくらだったらサステナブルなのですか？」と聞くと、竹中平蔵氏は「42 兆円」と言いました。56 兆円を 42 兆円にするというのです。もう既に 33 兆円なのですが、それを 42 兆円にするという話です。ただ、ここにはトリックがあり、自己負担分を除くということです。ですから、最近このような資料を見ると、医療給付費、介護給付という言葉が多用されています。つまり、公的な医療保険で払う医療費は 56 兆円ですが、自己負担が入れると 65 兆円になると読んでいました。私はこれをバナナの叩き売りと呼んでいます。厚生労働省も少しがんばって、「48 兆円はどうだ」と手を打ったわけです。「56 兆円?48 兆円=8 兆円の医療費を何とか適正化したい」と言っています。

「では、どのようにして 8 兆円の医療費を浮かせるのですか」と聞くと、6 兆円は平均入院日数の短縮、2 兆円はメタボリックシンドローム対策ということ。先ほど、2005 年の国民医療費統計が発表になったと言いましたが、3.2 ポイント増えています。特に、今日のテーマである 75 歳以上の後期高齢者の医療費が 5.7 ポイントと大きく伸びてきています。この部分をどうするかということが今後のテーマになってくると思います。ちなみに 75 歳以上は疾病予防ではなく介護予防を行います。介護予防でどれくらい介護費用を減らすのかという、国の資料によれば 19 兆円を 17 兆円と読んでおり、2 兆円ぐらい介護予防の効果を見ているのではないかと思います。

●厚労省が2006年1月に公表した「療養病床の将来像（案）」の主な内容

それにしても、医療界では先ほどご案内した2001年4月の電撃発表が非常に大きな影響を持っており、2012年3月末をもって介護療養病床はこの世からなくなることは変わらないようです。できるなら老健に移ってほしいという話があります。ただ、先般の診療報酬改定では、医療必要度の低い患者さんには大幅なマイナス改定を行いました。特に医療区分1では、非常に大きなマイナス改定がありました。

●療養病床の転換と収支（年額）の増減（差額分析）

私の1番の興味は、はたして老人保健施設に転換してペイするのかということです。私は、お上が発表したものに対して必ず検証する悪い癖があります。例えば、中医協が発表している医療経済実態調査があります。療養病床60%以上の病院は、平均で113床あるそうで、病床利用率が93.5%なので患者さんは106人ぐらい入っています。問題は医師、看護師、看護助手にいくらの給料を払っているのかですが、このデータがないのです。そこで、厚生労働省の賃金構造基本統計調査を使いました。医療区分1、2、3の分布は、国が発表したデータです。介護保険施設の分布状況もこのようになっています。

●療養病床の転換と収支の変化（年額）

老人保健施設に移ると療養病床の利益率はどうなるのでしょうか。「入院基本料1」は個室、「入院基本料2」は大部屋です。大部屋のほうが数が多いので、大部屋の数値を見ていただきたいのですが、現在は6.8%ぐらいの利益率です。100円を売って6.8円儲かるということです。この数値は医療経済実態調査から持ってきたものなので、私は正しいと思います。これが平均値かどうかは分かりませんが、介護老人保健施設に移るとすれば、患者さんの入れ替えがないとすると利益率はどのように変わるのかということで、人員整理ができない場合とできる場合の2つのシミュレーションをしました。

人員の整理ができない場合は、療養病床から介護施設に移ると必要な人員数は減るので、基本的には人件費は減ります。しかし、果たして急に人員削減ができるでしょうか。また、よく言われることですが、療養病床に入っている人のほうが老健に入っている人よりも症状が重いのではないかと、そのぶんだけケアも必要ではないかということで、人件費削減は無理ではないかと思いました。そうすると、6.8%だった利益率が、0.2%のマイナスになってしまうのです。今まで黒字だったものを、赤字になってまで転換をやると思いますか？やりません。これが私の今日現在の回答です。「川渕さん、お上がそう言っているので、やっぱりやったほうがいいでしょう」という方がいますが、「うーん、そうなら来春の介護報酬改定を待ってはどうか」という回答をしています。

ただ、厚生労働省が発表したデータを使ってみると、人員整理が可能でも若干収益性が悪化するのみならず、収入が落ちることも分かりました。療養病床のほうがやはり収入が高いのです。先ほども言いましたが、2000年4月にお金を借りて療養病床をつくったのは良かったが、老健に変わるとダブルパンチがあります。1つは収益性の悪化、もう1つは収入が落ちることです。収入が落ちるということは、結局は担保力が落ちるという問題があります。このあたりも考えていくべきではないかと思います。

●「後期高齢者にふさわしい診療報酬体系」の4つのポイント

今日の本題の後期高齢者に移っていきます。後期高齢者にふさわしい診療報酬体系について考えてみました。後期高齢者とは一体どのような人たちのことなのかということです。1)の①～③は名古屋大医学部附属病院教授の伴信太郎先生がよくおっしゃっていることです。①1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、少なかったりするために、正確な臨床診断が困難な場合が少なくない、③多くの重症患者が精神・神経症状を持っており、途中からそれが加わったりしやすいなど、いろいろあります。このような後期高齢者の特性を踏まえて、どのような診療報酬体系にするのか、あるいはすべきなのかということについて私見を述べていきます。

●後期高齢者医療制度における診療報酬の主な評価項目 (外来) (入院)

私の私見を述べる前に、もう既に骨格が決まっていますのでここでおさらいをします。外来については、主治医としての取り組み(病歴、受診歴、服薬状況などの把握、日常生活能力などの総合的な評価と指導、医療機関への紹介と治療内容の共有)を評価することです。これは先日からいろいろな議論になり、総合医などと言っていましたが、最後の落ち着いたところは主治医となりました。

イギリスの方に最近よくお会いするのですが、イギリスではGP (General Practitioner) という方がいて、患者さんを診て専門医に紹介します。専門医が必要ない場合は処方せんを切ります。これは言うまでもなく、国民健康保険中央会でまとめた総合医という制度が出てきたのではないかと思います。ただ、総合医という言葉に対しては、一部反対があり、最終的には主治医という言葉におさまりました。ですから、総合医という言葉は一切使われていません。このあたりは来年4月に厚生労働省の医療課がどのような点数をつけてくるのか見ものです。

入院については、退院後の生活を見越した診療計画の策定と実際の退院を評価することです。よく出てくるのは「連携」というキーワードです。連携は、入院でも外来でも出てきますが、基本的には急性期病院から療養病床、あるいは介護施設等に連携を図るべく、点数をつけてくるのではないかと思います。

●（在宅）（終末期医療）

在宅についても、やはり主治医という言葉が使われています。主治医やケアマネジャーでのカンファレンスによる情報共有や連携ということで、やはり連携がキーワードです。また、訪問看護等が24時間体制に対して手当をしてほしいということがあったので、点数がつくのではないかと思います。今回は歯科や薬局との連携も出てきたと思います。

終末期医療をあえて1つ欄を設けてつくりました。やはり終末期医療の問題については、在宅との関係がありますが、最終的には看取りは在宅でやってほしいという政策的な意図があるのではないかと思います。

具体的に何点になるのかは私もよく分かりません。例えば、先日の中医協の議論では、今の在宅患者応急入院診療加算の650点を後期高齢者医療制度においても、主治医が行なった場合は上乘せをなささいという話がありました。一方、今流行の高齢者専用賃貸住宅、グループホーム、介護保険の特定施設における診療では、往診にかかる費用が少ないことから、往診料や在宅患者訪問診療料は引き下げの方向を考えているということです。1つ上乘せすると、必ず引き下げを考えざるをえません。それは来年の改定では、プラス改定が非常に難しいからです。しかし、今の医療崩壊を見るとマイナス改定でよいのでしょうか。財源がプラスマイナスゼロの中、医療課として組んでいかなければいけない局面があるかと思っています。

●5つの論点

ここまでは一般に言われていることですが、ここからは私の論点を述べていきたいと思っています。まず、なぜ後期高齢者がターゲットにされるのか、議論になっているのか。これは言うまでもなく、平均在院日数が、後期高齢者と若者ではずいぶん違うからです。平均在院日数は英語でALOS（Average Length of Stay）といいますが、ALOSがずいぶん違うのです。1人当たりの医療費も、75歳を超えると81.5万円、75歳未満は19.8万円ということで、約4倍違います。後期高齢者は入院日数も長く、医療費もかかるからターゲットにしたらどうかということになったのではないかと思います。これはやはり財源の話から出てきたと思います。

未曾有の少子高齢化社会になるので分からないわけではありませんが、これまで自己負担をずっと上げてきたことは果たして効果があったのでしょうか。経済学では需要の価格弾力性を求めます。例えば、今の自己負担率をもう1%上げると、どれくらいお年寄り病院に行かなくなるかということ計算するのです。あまり先行研究はなかったのですが、先般内閣府で行われているものを見ると、お年寄りの需要の価格弾力性は高くありません。つまり、少しぐらい自己負担を上げても、あまり受診抑制には効かないということです。

そこで、財務省は保険免責制を言っています。ここで 2 つポイントがあります。自己負担の引き上げによる受診抑制はあまり生まれにくいという話と、財源効果として自己負担を引き上げると出るという話です。需要の価格弾力性が低いということは、その分確実に財源が確保できるということです。財務省から、また近い将来、この保険免責制が出てくるのではないかと思います。

また、私は後期高齢者の医療制度と介護保険制度はどこかで統合したらいいのではないかと思います。皆様はせっかく新しい財源ができたのと思うかもしれませんが、後期高齢者は 75 歳以上で線を引き、介護保険は 65 歳で線を引いています。このような制度はどうなのでしょう。もちろん介護と医療は違うのですが、だんだん年をとってくると要医療、要介護の差は分からなくなってくると思うので、統合もある程度考えてもいいのではないかと思います。

また、75 歳以上は介護予防、75 歳未満は疾病予防になりますが、この経済的インセンティブをどのように付与するのかということです。2008 年 4 月から生活習慣病対策が始まりますが、多くの健康保険組合の方々には少し様子を見ながらというスタンスではないかと思います。しかし、それにしても行動変容は難問です。分かっているけれどもやめられないというのが人間の本性だからです。今日は介護予防についてあまり深く言及しませんが、2006 年 4 月から大きく転換しました。あまりうまくいっていないのではないかと思います。

また、後期高齢者にふさわしい診療報酬体系も大きな改革は無理でしょう。先ほど主治医の話をしてきましたが、最初に国民保険中央会は登録医制度における均等払いを提案しました。しかし、日本で登録医制度を導入しようとする、国民健康保険法を大きく改正しなくてはいけないのです。なぜかというと、日本の今の医療制度はフリーアクセスで、どの医療機関に行ってもいいことになっているからです。気持ちは分からなくもありませんが、これは大きな改正ではないかと思います。ただ、6,200 円を新たに徴収して、登録医制度における人等払いを導入するというのは政治的には非常にきつい提案です。最終的には出来高払い、包括払いの併用になると思います。私は「エピソード払い」と呼んでいますが、厚生労働省の言葉を借りると、連携強化の支払いです。入院、医療、在宅の連携、医科、歯科、薬科の連携です。このような連携がこれからの中心です。急性期病院と療養病床の連携、あるいは回復リハ病棟の連携もあります。すべて連携が今回の後期高齢者の診療報酬のキーワードの 1 つではないかと思います。

● 「エピソード払い」をいかに作るか

エピソード払いをどのようにつくるのかということは、医療課が考えるべきテーマだと思います。今年の 1 月に日本医師会のとある常任理事から電話がかかってきて、「川淵さん、研究費を 100 万円あげるから、考えてみてくれないか」と言われました。それで考えたのがこのエピソード払いです。詳しくは、こちらのホームページを開いていただくと、81 枚

からなる報告書が入っていますので、ダウンロードいただければ幸いです。私が 1 カ月寝食を忘れて書いた報告書で、誰かが読んでくれないかなと思っています。ただ、自画自賛ですが、随所に今回の後期高齢者の診療報酬のヒントが入っているのではないかと思います。

その内容は、後期高齢者の心身の特性から始まりますが、私の一番の命題は、75 歳以上の人の医療費は 75 歳未満の人よりも高いのかということです。先ほど、1 人当たりの医療費が 75 歳以上は 81.5 万円、75 歳未満は 19.8 万円だから高いと言ったのですが、これは総医療費を人口で割っただけのものなのです。本当に入院、通院している人の医療費はいくらなのかということ調べた人はあまりいません。特に私が興味があるのは死亡医療費です。最近終末期医療という言葉がよく出てきます。終末期医療をあまり考えたことがないのですが、一体いつをもって終末期というのかよく分かりません。いつ終末期を迎えるかも分かりません。したがって、私は事後的に亡くなった方を追いかけてみて、果たして 75 歳以上と 75 歳未満でどのように違うのかということ調べてみました。ちなみに、ページ数が振ってあるのは報告書のページ数です。帰られてお試しに報告書を見ていただければ、詳細な分析方法が書いてあります。

また、DPC、終末期医療の処置内容、先ほどご案内した療養病床の再編問題、外来医療の問題あります。今日も日本経済新聞に出ていましたが、そもそも日本人は他の国と比べてよく通院をします。特にお年寄り通院をしているということがあり、ここをどのように考えればいいのか少し提案をしていきたいと思っています。そして、最後は在宅の看取り率を 4 割にもっていくためにはどのような診療報酬体系にしたらいのかということです。これは本分野の非常勤講師である、医療法人拓海会大阪北ホームケアクリニックの藤田拓司先生の力を借りてまとめています。

●病院可視化ネットワーク

今私たちがやっている病院の可視化ネットワークでは、データを少し蓄積したので、データベースを使うとこのようなことが見えてくるということをご披露したいと思います。私は、本当はこれを日本の政府がやればいいのかと思います。このようなナショナルデータベースを持っていない国は日本だけです。日本の政府もナショナルデータベースを構築して、エビデンスベースドポリシーを展開していけばいいと思います。

●病院可視化ネットワーク事業にどんなデータが必要か

使用したデータは厚生労働省が集めている DPC データです。これをお上に出すのなら僕にもくださいということで、コバンザメ商法でやっています。「様式 1」では、がんのステージングや心冠動脈の詰まり具合が分かります。「E ファイル」「F ファイル」は医療の内容

が分かり、どのような検査をしたか、どのような薬を出したかということがすべて分かります。私たちは毎年 2 回ほど、六本木ヒルズでワークショップを行っていますが、無料ということもあってたくさんの方がお見えになり、議論も活発化しています。また、病院の中には、出前でワークショップをしてほしいと希望するところもあり、無料で病院へ出かけていきます。

●病院数 地域別

実は DPC は今直近で 1433 の病院が実施、あるいは準備しています。これは少し古いデータで 731 病院という時代のものですが、731 病院の中の 86 病院が病院可視化ネットワークに入っているということです。北海道から沖縄までデータを集めています。

●病床規模

200 床未満の病院が 6 病院ある一方で、1000 床以上の病院も 3 病院あります。いろいろな病床規模の病院が入っているということです。

●経営母体

私たちのデータベースは公的病院が多いのです。67%が公的病院で、公立病院に加えて日本赤十字社、社会福祉法人恩賜財団済生会、全国厚生農業協同組合連合会が非常に多いということが特徴だと思います。

●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）

このように若干サンプリングバイアスがあるのですが、75 歳以上は本当に 75 歳未満よりも医療費は高いのでしょうか。これについて、事後的に亡くなられた 6 週間を追ってみました。悪性新生物で亡くなられた方の平均在院日数は、75 歳以上が 35 日、75 歳未満が 38 日です。問題は医療費ですが、75 歳以上が 136 万円、75 歳未満が 160 万円で、75 歳未満のほうがかかっているという結論でした。75 歳以上のほうが多くの医療費がかかっていると思っていたのですが、どうでしょうか。入院データなのでご批判はあると思いますが、この 86 病院のデータベースではこのような結果でした。56 万症例入っており、症例数は多いのですが、全数調査ではありません。意外ですが、がんでは 75 歳未満のほうが医療費がかかっているということです。

●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）

心筋梗塞や狭心症等の心疾患はどうでしょうか。平均在院日数は75歳以上が24日、75歳未満が20日です。これは75歳以上の在院日数が長いです。医療費は75歳以上が156万円に対して75歳未満が301万円と、圧倒的に75歳未満にかかっています。

●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）

脳血管疾患です。平均在院日数は75歳以上が19日で、75歳未満が12日です。3週間追ってみたのですが、医療費は75歳以上が70万円、75歳未満が111万円でした。入院データだけだからでしょうか。あるいは最後の医療費というものは、意外に75歳以上はかけないのでしょうか。私は日本の医者は結構良識ある人が多いと思っているのですが、どうでしょうか。名前を公表しないことを前提に私たちはデータをいただきましたが有名な病院が多いばかりです。こうした病院ではある程度の所、医療を抑えているのではないのでしょうか。

●気管、気管支及び肺の悪性新生物

最近ソフトウェアを使うと、どのような薬が使われているか、検査が行われているかということが出てくるのです。医療の「見える化」です。賢い人がいて、このようなシステムをつくった人がいます。先ほども言いましたように、Eファイル、Fファイルが入っているので、投薬、注射、処置、検査など、すべて出てきます。

ここに出てきた症例は、がんで最も症例数が多かった肺がんです。そして、75歳以上で亡くなった方の50%以上にその治療が行われたということですから、この病院はその治療がごく当たり前だということです。当該病院は、先ほどの86病院の中で医療費を最も使っていた病院ですが、その病院で亡くなられた方で最もよく行なわれていた処置内容が次のようなものです。私は医者ではないのでよく分かりませんが、モルヒネを結構入れています。最後の3日間に多く使われています。ボルタレンも最後の2日に入っていますから、やはり痛み止めでしょうか。そして、この患者さんはホスピスで最期を送り、1日3万7,800円です。このような治療に問題はあるのでしょうか。しかし、当該病院が86病院の中で最も医療費を使っています。私が言いたいことは、マクロのデータだけで議論することは危険だということです。やはりミクロのデータをもう少し見える化したほうがいいのではないかと思います。

●介護保険 3 施設の報酬体系

次に介護保険 3 施設の報酬体系の話をしていきます。先ほどから老健、介護療養の話をしていきますが、特養の介護報酬も追加しました。不思議なのは、医療区分 1、ADL 区分 1、2 の患者さんの診療報酬が 7,500 円だということです。これはとても安いです。2011 年度になくなる介護療養でも、要介護 1 が 782 単位、要介護 2 が 892 単位です。また、要介護 4,5 の人が老健に移るでしょうか。収入は確実に下がります。そうすると、考えられる介護療養病院から医療療養 2,3 へのシフトです。いずれにしても来年 4 月の改定では介護報酬と診療報酬が同時改定になります。本来ならば 3 年に 1 回の介護報酬を、この療養に関しては来年度改定すると言っているのです、この表がどのように変わってくるのか注目されます。

こうした話は拙著「第五次医療法改正のポイントと対応戦略 60」(日本医療企画)に詳しく解説いたしました。この本は不眠症の方にもってこいの本です。3 分間ですぐ眠れますので、ぜひ不眠症の方はこの本を読んでいただきたいと思います。 実際、医療区分 1、2 の患者さんがどんどん減って、医療区分 2 の患者さんが増えています。医療区分 1 の患者さんはどこへ行ったのでしょうか。本当に診療報酬、介護報酬を 1 つ変えると大きく変わります。お金の力は大きいです。これはお上の見えざる手と言い、非常に大きな力を持っています。

●投入時間とケースミックスの spearman 相関係数

精神病床にも 75 歳以上の方が多く入院していますが、点数は非常に低いです。精神科病床にも一般病棟と療養病棟があります。これは先日、私の大学の中国からの留学生が博士論文にしたものですが、今の精神病床の一般病棟と療養病棟で、能力障害や精神症状と投入時間との間には強い相関があることがわかりました。ここで能力障害や精神症状とは日本精神科病院協会がつくられた分類です。患者さんを能力障害と精神症状で分類します。一種の精神科病床のケースミックスです。能力障害や精神症状と投入時間との相関は非常に高いです。つまり、重い患者さんはやはり時間がかかります。療養病棟においても時間がかかります。実際に日本の精神科病院へ行くと、やはり相当年老いた方が多い。そのような方々の 75 歳問題をどうするのかということも一つのテーマですが、投入時間と能力障害、精神症状には強いプラスの相関があるということが分かってきました。

●投入時間と診療報酬の spearman 相関係数

これに対して残念ながら、診療報酬と投入時間の間には強いマイナスの相関があります。つまり、手間ひまかかる患者さんの方が診療報酬が低いということです。これは非常に残念な結果ですが、後期高齢者問題では、精神科病棟をどうするのかということの問題提起

した次第です。

●平成 17 年社会医療診療行為別調査の診療行為別 1 日当たり点数

外来の医療費については、個票データを持ち合わせていません。そこで厚生労働省が発表している「社会医療診療行為別調査」を使うと高齢者の 1 日当たりの点数はやはり高いです。そこで、包括払いを入れたらどうかという議論が生まれるのは至極もつともではないかと思います。ただ、後期高齢者はどの項目が高いのでしょうか。投薬はやはりお年寄りのほうがかかっています。処置や注射も多いです。

●後期高齢者総合診療科（仮称）

となると、どんな点数が望ましいでしょうか、後期高齢者については、先ほどから包括払いや出来高払いがありますが、私は最終的には小児科のように、後期高齢者総合診療科のようなものをつくったらどうかと思います。もちろん小児科と 75 歳以上は全く異なる対象です。しかし、ある意味では似ているところもあります。急性症状が出た場合は出来高払いで、それ以外は包括払いを入れたらどうかと日医提案しました。小児科の点数に倣って、後期高齢者総合診療料をつくればどうかという提案は先ほどの報告書の中にも書いてありますので参照して下さい。

●求められる「外総診（1994 年 4 月創設され 2002 年 10 月に廃止）」と「在総診（2006 年 4 月廃止）」の復活

実は私が提案しなくても、既に老人保健課が今までつくってきた点数があります。それは外総診（老人慢性疾患外来総合診療料）です。1994 年 4 月につくられて 2002 年の 10 月に廃止という、あの懐かしい外総診です。私は外総診をもう 1 回復活したらどうかと思っています。また、在総診（寝たきり老人在宅総合診療料）も魅力的です。在総診の歴史もずっと紐解きましたが、2006 年の在宅療養支援診療所の創設を持って関心はそちらの方へ行ってしまいました。しかし、在支援は手は挙がりましたが、なかなか達成困難な点数です。そこで私はこの在総診ももう 1 回見直したらどうかと思います。このように昔の制度の中には結構よいものがあつたのです。なんとなく廃止されたものもありますので、もう 1 回復活してみてもどうかと思います。

●後期高齢者の透析医療は？

次は透析医療についてです。突然、透析を持ってきたのは、最近透析クリニックをめぐって病院の売買が進んでいます。倒産事例を見ても、透析クリニックは多く、病院再生事業といってファンドもたくさん入っています。1979年は1例当たり年間2,335万円という医療費がかかっていましたが、1999年には626万円となり、4分の1まで適正化が進み、透析は医療費をずいぶん下ってきました。一方、アウトカムとしては、生存率はよくなっていると思います。つまり、アウトカムがよくなっていますが、医療費はむしろ適正化が進んでいるのです。

ある国では一定の年齢をもって透析は保険から外すという議論があるからです。日本でも約1兆円の医療費がかかっているのです、やはり政治的に考えるべきテーマではないかと思います。是是非非の議論をすると、医療費は下がってアウトカムがよくなっているという1つの例ではないかと思います。

●老人医療費の特性-3要素の比較

先ほどから何度も言っていますが、お年寄りは受診率が高いです。70歳以上を「老人」とした場合、受診率は入院が5.8倍、外来が2.7倍です。ただ、おもしろいのは歯科があまり高くなく、受診率は1.1倍だということです。私も医科歯科大学へ行って、最近歯学の論文も書いていますが、なぜ医科と歯科とは大きく違うのでしょうか。

国も日歯も8020運動を推進していますが、これは80歳でも20本歯を残そうというものです。しかし、80歳になって20本も歯がある人は20%しかいません。実態は8008という状況です。80歳を超えた人の平均値では、8本しか歯がないのです。仮説ですが、歯がなくなったら歯医者へ行く必要はありません。先日、日本歯科医師会長にこの私の仮説を言うと、「うん、そういう説もあるなあ」と言っていました。

●受診率（医科・歯科外来；老人）

これは横軸が医科の外来受診率、縦軸が歯科の外来受診率です。確かにお年寄りは医療機関へ行くのですが、地域差がかなりあります。大阪、東京、広島、兵庫、宮城、長崎などは受診率が両方とも多く、低いのは沖縄、鹿児島、福井、山梨です。なぜ県によって、このように外来受診率に大きな差があるのでしょうか。供給が需要をつくるということで、診療所の数も調べたのですが、そうでもありませんでした。実は外来診療の研究はあまり進んでいません。私も反省しなければいけないのですが、外来を「見える化」した人は少なく、入院ばかりが見える化しています。33兆円に占める割合は、入院の医療費よりも外来の医療費のほうが大きいのです。私も外来のデータをもっと少し集めたいのですが、なか

なか個票が入手できません。

●老人医療費の特性（受診率）

これは、先ほどのお年寄りの受診率を若者の受診率で割ってみたものです。直近値は医科が 2.3 倍、歯科が 1.1 倍で、やはり歯科はあまり高くありません。ただ、この倍率も県によってずいぶんバラツキがあります。このような差がなぜあるのでしょうか。沖縄県はおもしろい県です。医科は大きく上回っていますが、歯科は全国平均を下回っています。

75 歳を超えると、食べるしか楽しみがありません。となると歯がないということは致命的です。昔の歯医者さんは歯をどんどん抜きました。私もずいぶんインフォームドコンセントなしで抜歯されました。気がつくとも歯が抜かれていたのです。しかし、やはり歯は大事ですから、残したほうがいいと思います。今はどちらかというと歯医者さんはミニマムインターベンション（Minimum Intervention）とあって、あまり抜かないで残すようにします。だから、この表も今後は少し変わってくるかもしれません。

国の資料も「主治医が患者の利用する医療・福祉サービスの情報をカンファレンスを通じて集約した場合や、歯科の総合的な口腔管理、薬剤師による服薬カレンダーなどによる服薬管理などの評価を引き上げる」ということで、私の報告書も役立ったのではないかと思います。

●迅速検査導入による質の向上と効率化の同時達成の 1 例

迅速検査導入による受診回数の削減はどうでしょうか、私も年 1 回人間ドックに行きます。どのような検査項目があるか、食事がついているかということも大事ですが、私が 1 番気にかかっているのは検査結果がその日に分かるかどうかです。多くの検査をした後、最後に先生が診て、「うーん、今日現在のところデータは何もないけれども元気です」「あなたの身長と体重だけ分かりました」というフィードバックをする人間ドックは多いです。後日結果を郵送すると言って、その日は何も分かりません。半日か 1 日仕事を休んで来て、食事まで抜いて、自分の健康状態が分かると思ったのに、後日郵送では悲しいです。

そこで最近、迅速検査が流行っています。産業界は優秀です。その日のうちに検査結果を示せば、何回も病院へ行く必要はありません。みんな好きで病院や医院に行っているわけではありません。特に最近バスや電車の路線が廃止されているので、お年寄りには病院へ行くのに結構お金がかかるそうです。したがって、2 回のところを 1 回で終われば好都合です。検査をしたその日に結果が分かる。これこそ技術革新です。最近、そのような検査をキット化している会社がいくつかあります。高田藤代さんの推計によれば、迅速化したことによって 3 億円の医療費削減ができるということでした。時間を短くして、コンビ

ニエンス化して 3 億の金が浮けば、皆が「Win-Win」ですね。お年寄り「もう病院へ行くな」ということではなく、2 回のところを 1 回で済ませればどうですかということです。このような考え方は産業界の知恵だと思います。今日はいろいろな企業の方がいらっしゃると思いますが、厚生労働省の医療課の人たちにこのようなアイデアをどんどん持っていけば、外来医療費の適正化ができると思います。

●1999 年から 2006 年までの在宅看取り率：男女別

最後は在宅看取り率についてです。私たちの大学の非常勤講師で、新大阪駅の前にある医療法人拓海会大阪北ホームケアクリニックの藤田拓司先生は、在宅医療専門のクリニックを 5~6 人の医者と展開しています。「なぜ 1 人でやらないのですか」と聞くと、「川渕さん、24 時間在宅医療は一人ではできないよ」ということで、やはり 5~6 人でチームを組んでやる必要があるそうです。そして、このクリニックでは在宅医療しかしていないので電話一本でいいはずなのですが、なぜか診察室や受付があります。「先生、なぜ受付や診察室があるのですか」と言うと、「大阪府の指導がそうだから」と言うのです。藤田先生も怒っていました。規制緩和が必要ですね。このような規制はやめたらいいいと思います。在宅医療ですから、患者さんはやってきません。だから、在宅医療専門クリニックと言うのです。もうそのような指導はしなくてもいいと思いますが、いかがでしょうか。在宅専門クリニックに合った医療法改正を行ったらどうでしょうか。

藤田先生は在宅看取り率をまとめていますが、在宅看取り率は結構高く、さすがに在宅専門クリニックは在宅死が多いそうです。男女比では、女性は在宅死が多いです。男性は女性ほどではありません。これは平均余命の関係でしょう。お父さんが亡くなってからお母さんが逝くということです。奥さんは在宅死をご希望の方が多いようです。しかし、夫より妻の方が要介護度低く介護費用も少なくてすむようです。

●死因別在宅看取り率

これに対して、厚生労働省のホームページは在宅死がとても少なく、病院で亡くなる方が多いです。自宅が 12.2 ポイント、介護施設が 2.8 ポイントです。厚生労働省の資料では、在宅看取り率は自宅と介護施設の看取り率を足しています。ですから、自宅+介護施設=在宅という解釈です。平均値が 15%で、疾患別に見ると悪性新生物が低く、心疾患は高い。先ほど、がんと心疾患と脳血管疾患の分析を説明したのも、3 大疾患だからです。75 歳以上においても、やはり医療費は相当かかるわけです。

●1999年から2006年までの在宅看取り率：主病別

面白いことに、藤田先生の在宅専門クリニックは、厚生労働省の発表している在宅看取り率とは違います。悪性新生物の自宅の看取り率が71ポイントもあるので、「厚生労働省の発表しているものとずいぶん違うね」と言うと、「本気でやればこうなるのですよ」と言っていました。在宅専門医療をしているドクターに言わせると、がんは勝負が早いそうです。つまり、その人の最後がどうなるのか読めるということです。ところが、神経難病、あるいは慢性呼吸不全は大変だそうです。呼吸不全は咳き込んでしまうので、もう家族が看ていられない、なんとか病院へということになってしまうようです。神経難病もそのようなところがあるので、神経難病も自宅看取り率はがんより低くなってしまいます。

これが現場のデータではないかと思います。厚生労働省に文句を言うわけではありませんが、国の資料によればがんの自宅看取り率は5.7%です。どちらが正しいのでしょうか。実際に在宅医療を展開しているドクターはこのような医療を展開しています。今日お見せしていることは、常識というか一般にはこのように言われているが、現場での本当のところということでも少しご説明できたらと思います。

また、在宅医療を展開している先生たちは、75歳で線を引くことに対してあまりよい印象を持っていません。75歳以上も75歳未満もあまり変わらないと言います。看取り率に関しては若干違うのではないかと思うのですが、在宅医療については75歳以上で線を引くことに賛成しないと述べています。

●図：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

これも藤田先生からお借りした資料です。厚生労働省はAとBを想定しているのではありませんか。つまり、診療所から急性期病院に紹介されて、亜急性期回復期リハ病院を経て、療養病院を経て在宅に帰っていく、あるいは診療所から急性期病院へ行って、亜急性期回復期リハ病院を経て、そのまま在宅へ帰ってくる。しかし本当にこのような患者さんがいるのかなということです。例えば、Aパターンは、現場ではありえない、このような人は療養病床で最期を送ると言います。私もそうだと思います。だから、療養病院をむげにして削減すると最近流行の医療難民、介護難民になってしまうのです。療養病棟があるなら療養病棟でいいのではないかということです。

また、Bパターンも現場ではありえないそうです。このような人たちは回復期リハ病院で回復するから、在宅療養支援診療所の出番はないと言っていました。1番あるのは、Cパターンということです。これが大変だということでした。診療所から急性期病院へ紹介されて即在宅へ、最近ではDPCも入りましましたので、平均在院日数の短縮で、何日以内に退院してくださいと言われる。その受け皿がないので、そこで在宅療養支援診療所の出番があるということです。藤田先生のクリニックの現場ではCパターンが1番多いということでした。

た。厚生労働省が想定したイメージと現場とは違うのでしょうか。

●（医）拓海会大阪北ホームケアクリニックにおける 2005 年度の損益分岐点は、1 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

藤田先生の拓海会大阪北ホームケアクリニックでは 2006 年度の改定を非常に高く評価しています。2006 年の改定は、先ほどご案内した 3.16 ポイントのマイナス改定です。皆「ひどい改定だ」と言っていますが、この在宅医療に関してだけは結構ポジティブです。その理由がこの資料の中に出てきます。この先生は非常に詳しくて、2005 年度の 1 時間当たりの粗利益が 1 万 9,800 円だということでした。ここ数年間 2 万円前後で推移していたそうで、実は平成 18 年 3 月以前はペイしなかったそうですが、2006 年の改定で点数が上がったので、赤字経営を脱却できたと喜んでおられました。その点では、2006 年度改定は、やはり在宅にずいぶん手厚くつけたのです。

しかし、いろいろな症状の、患者さんがいます。例えば、悪性新生物は、1 時間当たりの粗利益が 1 万 9,000 円だったのが 2 万 1,000 円ということで、2,000 円も改善しています。ですから、これまではがんの患者さんは敬遠されていたのですが、06 年 4 月以降は診療所も積極的に受け入れるようになってきたそうです。この先生はこのようなデータを本当にたくさんお持ちで、私は目からウロコでした。2006 年度の改定がよかったので、あまり変えなくてほしいというのが今の在宅医療専門医の希望ではないかと思えます。

●Let Me Decide（レットミーディサイド） 事前指定書の例

最後に、Let Me Decide、事前指定書についてです。私はこれを「医療の遺言書」と訳しています。最期の終末期医療はこのように送りたいという意思表示を示したものです。例えば、回復不可能な場合は CPR（心肺蘇生法）はやらないでほしいといったことを書きます。アメリカやカナダのナーシングホームへ行くと、事前指定書がカルテの 1 番上に置いてあります。私も現場へ見に行きましたが、「このようなものがあれば日本の医療界の人は楽だな」と言ったら、アメリカやカナダの医師は「楽だ」と言っていました。訴訟にも使えるということでした。

日本では宗教観が異なるのか事前指定書のようなものはなかなか普及しないのですが、厚生労働省がついに思い切りました。終末期医療における訪問看護の評価のみならず、「終末期医療では医師や看護師、社会福祉士などが患者の希望を踏まえ、終末期の診療内容について患者との合意事項を書面にまとめることを診療報酬で評価する」と言っているのです。まるで私の文章を読んだのではないかと思いました。医療の遺言書に点数をつけるというのです。これで一気に日本で事前指定書が広まるのでしょうか。皆さんは自分の最後を

このような医療の遺言書にまとめることができますか？

日本の一部の病院では事前指定書をしている方もおり、レットミーディサイド研究会があります。私はこれが日本でどんどん広がっていけばいいと思う一方、やはり宗教観の違いがあります。仏教のお坊さんはこのようなものを書くのでしょうか。今回の改定では、終末期医療の事前指定書に一応点数がつくのです。何でも点数にしてしまうのが日本のおもしろいところですよ。

●病院別死亡率とALOS×単価の関係（心血管疾患）

いずれにしても、未曾有の高齢社会を向かえて医療の見える化が重要になるでしょう。これは、心疾患の場合のグラフで、縦軸は入院医療費で、病院にとっては入院収入です。病院の入院の収入は高いほうがいいし、患者さんは医療費が安いほうがいいのです。横軸はリスク調整後の死亡率で、平均は1です。死亡率ではかなり差があります。早くあの世へ行きたい方はR病院へ行きなさいと言っているのかもしれませんが、R病院は、死亡率は高いですが、医療費は安いのです。

しかし、死亡率が低い病院AとBでは100万円ほど医療費に差があります。この違いはなぜかを見ていくと、ペースメーカー、薬などがいろいろ違ってきます。このような見える化をやっていけば、後期高齢者の医療制度はもう少しきめ細かな制度ができるのではないかと思います。

M病院は、死亡率は低いですが医療費は安いのです。そうすると、この病院は現行制度では浮かばれません。医療費が低いということは収入が低いということです。M病院の院長は「川淵さん、私の病院はかなり努力して死亡率も低いが、今の制度では報われない」とぼやきます。アメリカではペイフォーパフォーマンス（pay for performance）という一種の医療の成果主義のようなものが入ってきました。私はM病院には一定のボーナスを差しあげてもいいのではないかと思います。後期高齢者の医療制度にどのぐらい成果主義が入るかは分かりませんが、医療の見える化をしていくと、ペイフォーパフォーマンスも日本でも必要ではないかと思います。私の考える「後期高齢者医療制度のゆくえ」は以上です。ご清聴ありがとうございました。