

特別企画

医療費配分仕切る点数表の番人

医療課長経験者 6 氏に聞く



医療費 40 兆円の配分を巡って医療関係者が一喜一憂する診療報酬改定の季節が今年もまたやってきた。

中医協を舞台に繰り広げられる、この医療界最大のイベントを取り仕切るのが厚生労働省保険局医療課だ。総勢約 80 人に上る同課を率いるのが医系技官の医療課長である。

医療関係者が過去の診療報酬改定を語るとき、必ず出てくるのが担当した医療課長の名前だ。保険局長の名前が枕ことばにつくことはまずない。医療課長の存在感はそれほどに大きい。

現職の森光敬子医療課長の名前とともに語られることになる 2020 年度改定論議本格化を前に、過去の診療報酬改定をあらためて振り返る狙いから、医療課長経験者 6 氏にインタビューし、それぞれが行政当事者としていかに改定作業に取り組み、何を目指したかについて聞いた。

本連載(7回)では、西山正徳氏(04年改定)、原徳壽氏(08年改定)、佐藤敏信氏(10年改定)、鈴木康裕氏(12年改定)、宇都宮啓氏(14年改定)、宮寄雅則氏(16年改定)の医療課長経験者に加え、医療側から見た改定経緯について猪口雄二・全日本病院協会会長(中医協委員)のインタビューを掲載する。

contents

西山正徳 氏

中医協運営、包括論争に転機記した04年改定 DPC導入し調査専門組織も新設 3

原徳壽 氏

地域医療構想につながる“先取り改定” 7対1の修正、後期高齢者や5分ルールにも苦慮 6

佐藤敏信 氏

医療費40兆円予算に医師の判断生かすポスト 業務多端で大局観出にくい状況に懸念 9

鈴木康裕 氏

医療費予測の精緻化と継続性が肝要 診療報酬で政府の医療政策支える 13

宇都宮啓 氏

在宅復帰最優先に新機軸盛り込む 社会保障と税の一体改革への対応果たす 17

宮崎雅則 氏

インセンティブ付与でなく実態の適正評価に力点 自己主張控え調整役に徹する 21

【番外編】全日病会長・猪口雄二 氏

改定経過からたどる歴代医療課長の足跡 医療の効率性もたらす診療報酬実現が課題 25

中医協運営、包括論争に転機記した04年改定 DPC導入し調査専門組織も新設

◆改定率決めた最後の中医協

——担当された2004年度改定を振り返って感じることは。

私が担当した04年度診療報酬改定は中医協で改定率を決める最後の改定になった。それ以降は中医協改革が実施されて、改定率は内閣が決定し、改定の基本方針は社会保障審議会が決めるという現在の形になった。

04年度改定時は、当時医療費削減を強力に推進していた小泉純一郎総理でさえ改定率については中医協で決めるよう指示していた。

課長就任に際しても、中医協というのは最後に診療報酬という公定価格を決める審議会の役割であると聞いていたので、非常な緊張感を持って仕事をせざるを得ないと思っていた。

当時を振り返ると、日本医師会は坪井栄孝会長、青柳俊副会长体制で、保険者側には健保連副会长の下村健さん、連合があり、双方全く譲らない。03年末の予算編成では、財務省の主計官だった向井治紀さんらともいろいろ相談するけれども、実際のところ改定率については誰がどう決めるか全く分からないという状況だった。

確か03年の12月18日の未明だったと記憶している。中医協の議論が紛糾して動かないで、官邸からも「もういいかけんにしろ」と言われて、最後は自民党参院幹事長だった青木幹雄さんが、小泉首相に会ってプライマゼロで了解を得た。そして、青木さんが坪井会長と下村副会长を中華レストランに呼んで、「プライマゼロでよいか」と同意を求めてようやく決着した。まさに政治決着だった。辻哲夫保険局長は自民党の政調会長のところに飛んでいって、こっちはホテルにいて、缶詰状態にしていた中医協の各側と話をしながら連絡を待っていた。

プライマゼロで手打ちとなったが、今度はそれぞれの団体の代表がプライマゼロについて納得して帰るための説明、いわば“納得の仕方の振り付け”を作るのが大変だった。私と当時保険医療企



西山 正徳 氏

株式会社国際医療戦略研究所 代表取締役

医療課長在任期間

2002年8月30日～04年7月22日

最終官職

厚生労働省健康局長

2004年4月1日改定

本体はプライマゼロで決着

医科	歯科	調剤	平均
±0%	±0%	±0%	±0%
薬価	材料	実質	
△0.9%	△0.16%	△1.06%	

主な改定項目

- 手術の施設基準、減算方式改め、症例数と医師の経験年数を満たせば5%加算
- 「亜急性期入院医療管理料」(2050点／1日)を新設
- DPC範囲の見直し
- ハイケアユニット入院医療管理料の新設
- 外来診療料の包括範囲拡大
- 「初診料」引き上げ、病院・診療所の点数格差縮小

画調査室長だった武田俊彦さん（前医政局長）の2人で対応した。三師会は私、健保連などは武田さんに任せた。

◆決裂寸前まで紛糾した中医協

—改定率を中医協で決めるこの限界を感じたか。

いくら総理が改定率を決めろと言っても、中医協はフタを閉じない。そこが決まらないと予算編成もできないから各省庁全部待たせていた。政府が改定率を決めるという今の形の方が楽だと思う。政府の責任で決めてもらうので、医療課長の役割も変わったと思う。

小泉政権の下で02年度改定はマイナス1.3%の引き下げが実施されていたことから、日医は小泉総理がまた「下げる」と言うことを一番恐れていた。

最後には、診療報酬改定はやらないとまで日医は啖呵を切った。中医協決裂だと。決裂の文章まで書いた。2号側（診療側）は、1号側（支払い側）が診療報酬改定協議を蹴ったのでわれわれは不服だが仕方がないという文章を作った。

—その時の課長としての心境は。

中医協が決裂したら楽でいいなと。中医協が改定率を決めるので、そこが決裂したら改定そのものが実施できないので、当然その後は何も作業がない。ただ、そうなったら数年間は中医協が止まるだろうと思った。改定が終わった後で、改定率を中医協で決めさせるなら永遠にプラスマイナスゼロの世界になると思った。

◆DRGの試行からDPC導入へ

—改定作業で記憶に残っていることは。

診療報酬に関わった中で一番感慨深いのはDPCだ。

DPCは私が医療課長だった03年4月から導入されたが、そこに至る流れの発端になったのが1998年11月から国立病院等10病院で試行を開始した1入院当たりの急性期入院医療包括払い制度（日本版DRG）だ。このDRG試行を準備する頃、私は医療課の企画官だった。

着任した時はすでに下田智久課長以下が96年度改定で動いており、新入りで飛び込んで一つ一つの点数に口を挟む力もなければ動きも分からないので、何も仕事がなかった。唯一の仕事は医療材料の担当だった。

その96年度改定に際して中医協の建議で急性期入院の定額化について検討するとされたことから、この部分を私が担当することになった。そこでの作業が、98年の日本版DRGの試行につながった。

DRGの試行は5年後に見直すこととされ、私はその後老人保健課長や支払基金を経て医療課長として戻ってきたが、それがちょうど試行開始から5年後のことだった。急性期入院の定額化の流れに企画官の時からずっと関わり、途中抜けてまた医療課長としてDRG試行の評価、そしてその後のDPC導入に関わることになった。この頃、ある大学の先生でDRGの試行にも関わった人が、「西山さんが医療課長になったということは、DRGはやっぱり実施するのだ。急性期包括を拡大するんだ」と言ったことを憶えている。

◆包括化論争を決着させ、急性期医療を守る

—急性期包括の拡大について、課長就任時に期するものはあったか。

自分自身はそんな意気込みはなかった。

ただ、あの当時は中医協を開けば包括か出来高かの議論だった。日医が「包括は問題だ」と言うと、健保連が「何が問題だ」と言う。どこかでこの議論を止めなくてはいけないなと思った。

日本版DRGの試行結果の評価を巡っても、日医は「そんなものはつぶせ」と主張する。ところが、健保連は「これを拡大すべきだ」と。ここでまた激突する。中医協に試行結果を出して継続していくこうとなったのが03年ごろのことだ。

どうにか中医協の合意を取り付けられたので、これは急性期入院の包括評価、DPCをやるしかないと覚悟を決めた。これは、急性期医療を守るシェルターだと。これがないと永遠にエビデンスもないままに入院期間短縮競争がエスカレートしていくことに危機感を持っていた。

DPCは基本的に大病院の話で、中小病院に対応する包括点数で大きかったのが亜急性期入院医

療管理料の新設だ。こうした包括化の動きに対して、日医が危惧したのは、放っておくと外来の定額化にまで波及していくのではないかということだった。そこで自民党の医療基本問題調査会が、外来は出来高を残す方針をまとめ、それが当時の自公連立政権の下で閣議決定されたことで、日医も納得しどうにか収束したという経緯もあった。

◆診療報酬の公平性担保へ4分科会を設置

—04年度改定で診療報酬調査専門組織として4つの分科会が新設された。その経緯は。

昔は新しい技術が出てくると、日医の疑義解釈委員会を通らないと中医協に出せないというルールになっていた。厚労省の担当官ではなく団体の委員会に任せることややり方を見直して、中医協として判断する仕組みを作るべきだと考えた。

また、薬から医療材料まで、何もかも全てを中医協委員が対応するため、それぞれの負担も大きく、日程も取れないという状況もあった。全ての議論をするための専門知識も限られる。それなら、大学の先生などを皆さんに推薦していただき、そこに各委員が所属する団体の若手クラスの人を入れた方が勉強にもなる。

そこで、日医の青柳副会長をはじめとして各側委員にも納得していただき、中医協に診療報酬調査専門組織を設置することになった。最初に医療技術評価分科会を作り、その後医療機関のコスト調査分科会、慢性期入院評価分科会、そしてDPC評価分科会の4つの分科会を設けた。

バトンを渡した厚労省の後輩諸君からは、「新しい組織を作ったことに対して「先輩が余計なことをしてくれて仕事が増えた」と言われるが、すでに定着しているし、中医協委員だけで多岐にわたるテーマを協議することは現実的に無理だと思う。当時一番考えたことは、議論の公平性をどう確保するかということであり、エビデンスに基づく診療報酬を設定するために分科会を設置した。

◆医療経済的視点の分析学んだ

—医療課長を経験して得たものは。

医療課は霞が関の中でも多くの人数を有してい

る課だと思うが、医療費の中身を非常に細かく分析できる。初診料、再診料を1点上げればどれくらいカネが動くか計算できる。全ての点数について分析できるので、今の医療の問題点や修正すべき部分などを医療経済的視点で明確に把握できる。医療全体の現況が見えてくる気がする。仕事は大変ハードだったが、医療費の中身の勉強ができた。

意識していたのは、診療側と支払者側の中立に徹することだった。ただでさえ医者なので、支払い側からは医師会寄りだろうと思われる。逆にちょっと支払者側寄りぐらいの立ち位置がよいバランスではないかと思い、そういう仕事をしていた。当時あらためて感じたのは、ほとんどの政治家が医療に関心を持っているということだった。医療課の職員が係長まで総出で政治家のレクに行くような時もあった。

医療分野は広く、政府の一員として医療課長が最後は判断しなければならないが、その前にさまざまな立場の人の話を聞くことが大切だ。そのため、私が作った診療報酬調査専門組織を活用してほしいと思っている。

—今後の診療報酬制度運用の課題は。

18年改定は今後の診療報酬制度の運用において大きな意味を持つ。一般病棟入院基本料（7対1、10対1）を再編・統合し、ストラクチャーについてはある程度合意形成ができた。DPCも整備され急性期はがっちりしてきた。回復期リハビリテーション病棟入院料、地域包括ケア病棟入院料も整理されたことは大きな成果だ。

今後の課題は、療養病床から先の慢性期における医療と介護を必要とする方に対応する部分、介護療養病床、介護医療院、介護老人保健施設、特別養護老人ホームなどのストラクチャーがはっきりしていないことだ。

介護医療院ができる、「医療の中に生活の場を」というキャッチフレーズでやっている。廃止される介護療養病床が介護医療院に収斂していくのかどうか。老健の位置付けもあいまいになっており、これらについて分析していかなければならないと見ている。

地域医療構想につながる“先取り改定” 7対1の修正、後期高齢者や5分ルールにも苦慮

◆ 06年度改定に“3つの余波”

—2006年7月に医療課長に就任後、最初の半年間は「7対1」への対応に追われていたという印象があるが。

私が医療課長に就任した当初、06年度改定の余波が大きく3つあった。その一つが7対1だった。当時は例えば新人の看護師だけでも集めることができれば、すぐに7対1になってしまうという状況だった。雇うだけで利益が出てしまう。それはまずい。本当に必要な病院が7対1を取るべきだということで、重症度・看護必要度を導入することになった。

もう一つは、リハビリテーションの日数制限。医療保険でだらだらと続けるリハビリは駄目という趣旨だったのだが、リハビリを打ち切るのかと言われて対応に苦労した。

もう一つは、夜勤加算をなくして看護師の月平均夜勤時間のルール「72時間ルール」を入院基本料の算定要件にしたこと。72時間はほとんどの病院がクリアしているということで導入したが、できないと点数ががたんと落ちてしまう。これは乱暴だったと思う。

—その後、08年度改定に向けては、病院の機能区分を「高度・急性期総合病院」「一般急性期病棟」「回復期リハビリ病棟」「在宅、介護施設、慢性期病棟」の概念に分けて検討されたと記憶している。

当時、全日本病院協会が「地域一般病棟」という概念を提案していた。▽それほど手厚い医療が必要ではない急性期▽在宅から一時的に入院して、また在宅に返す機能▽急性期病棟から在宅に帰るまでいったん入院する機能などを持つ病棟という発想で、私の考えと似たところがあった。実はこれがその後、私が医政局長をやっていた時の地域医療構想につながる。高度急性期、急性期、回復期など、自分たちがどんな病床を持っていく



原徳壽氏

下田メディカルセンター付属みなとクリニック院長

医療課長在任期間

2006年7月10日～08年7月10日

最終官職

厚生労働省医政局長／成田空港検疫所長

2008年4月1日改定

本体は8年ぶりのプラス改定

医科	歯科	調剤	平均
0.42%	0.42%	0.17%	0.38%
薬価	材料	実質	
△1.1%	△0.1%	△0.82%	

主な改定項目

- 後期高齢者診療料600点(月1回)の新設
- 一般病棟入院基本料、10対1のみ点数引き上げ
- 外来管理加算に5分ルール導入
- ハイリスク妊娠管理加算を新設
- 「早期リハビリテーション加算」新設
- 後発医薬品調剤体制加算新設

のか考えましょうというのが地域医療構想。そこにつながっていくわけだ。そういう意味で、医療法改正のタイミングで医政局長をできたのは非常にラッキーだった。

今、地域医療構想をうまくつくれていないところもあると思うが、それは病院の管理者がしっかり自分たちの病院をどうしていくか考えていないからだと思う。それが真剣に考えれば、どれだけの病床を持つかということは自然に決まってくる。患者像を見通していくば、その中で自分たちはどれくらいのことができるかが出てくる。医師側が“やりたい医療”ばかり考えていて、地域の中でどんな患者を診なくてはいけないのか、ということが少し弱いのかなと思う。ただ、都会では事情が違うとは思う。そういうところに押し付けることはできない。

診療報酬に話を戻すと、08年度改定では病院勤務医の事務負担の軽減ということで「医師事務作業補助体制加算」をつくった。これは今の働き方改革の先取りだと思う。

◆新設の終末期相談支援料、3カ月で凍結に

—08年度改定時は、民主党が政権を握る“政権交代前夜”でもあり、後期高齢者に対応した診療報酬が「高齢者の切り捨てだ」として批判的になった。特に批判されたのが「後期高齢者終末期相談支援料」で、改定後3カ月で凍結されてしまった。

他の制度と後期高齢者医療制度の違いは、この制度に入ってきた人は必ずこの制度の中で死を迎えるということ。どの人にも必ず終末期がある。その時、どんな亡くなり方がよいのかを関係者が皆で相談する。病院側はそれを支援する体制をつくる。こうしたことを一生懸命やっている先生方がいて、200点と低いけれども点数を付けた。自分たちがやっていることが評価されたといって喜んでもらえた。それが、あっという間につぶされてしまった。

あのとき私はテレビのワイドショーにも出演して、趣旨を一生懸命に説明したが、みんな聞く耳持たずという感じだった。最後は大臣室に直談判に行って、大事な点数だと説明したが、当時の大臣は「原さんの言うことはよく分かるけど、点

数の趣旨を一言で説明できない」と言われてしまった。テレビでは一言で説明できないと駄目、ということだったのだろう。あの状況では、あきらめざるを得なかった。

◆生活含め総合的に診るのが「主治医」

—後期高齢者の関係ではもう一つ。「後期高齢者診療料」も物議を醸した。後期高齢者に対する外来の包括点数として「主病は1つ、主治医は1人」という概念に反発があった。

後期高齢者の医療の特徴は慢性疾患であって、診療の濃度として過剰なものは必要ないということで包括的な点数をつくった。

1人の患者に対し、診療科ごとに主治医がいるというのも確かだ。しかし今、私は地域で診療所の医師をしていて、初步的な内科しかできないので、患者の心臓に心配があればそちらに頼むし、膝が悪ければ整形の先生に頼む。けれども、患者の生活も含めて総合的に診るという意味では、たぶん主治医は私なんだと思う。整形で定期的に画像診断や処置はやってもらう必要があるけれども、その整形の先生を主治医とは言わないのではないか。

◆包括点数、本来は急性期より慢性期

—当時は地域の医師会から「登録医制度につながる」「外来の包括化につながる」との反発が多くかったと思う。

私も登録医制度というのは好きではない。反対だ。患者に選択する自由はあるべきだ。ただ、都会では分からぬが、私が診療している南伊豆のような地方では、主治医は自然と決まっていくのだと思う。

包括点数に関しては、少し話はそれるけれども言いたいことがある。実は私は昔から「DPC嫌い」で有名だった。DPCには良い面もあるけれども、そもそも格差のあるものに包括は向いていない。コストが高くなるところから絶対に文句が出る。差があるからといって状態像を分けていくと、どんどん細分化せざるを得なくなる。本来、包括をやるのなら、あまり差のない慢性期の方だ。

患者は本当に千差万別だ。慢性期でも同じ。同

じ名前の病名が付いていても、患者によって背景は違う。現場にいないうたちは、病名が同じなら点数も同じでよいとなるけれど、そうではない。同じ病気でも治療法は変わってくる。

患者は一人一人違う。違うけれども、人間の知恵として分類してきたのが「病名」だ。医学は数学とは違う。この病名ならこの薬、というけれど、実はその薬はその人には必要ないかもしれない。その人の背景まで知っている医者が、全体の中で判断しなければ、本当にそれでよいのか分からない。

最近は「フォーミュラリー」というのが出てきた。多くの場合は当たるのかもしれないが、当たらない人も少なくないと思う。後発医薬品を使うのは構わない。ただ「この人に対しては実はこの薬じゃない」ということが絶対にある。まあ、私のように年を取ってから臨床を再開した人間にとっては、決めてくれた方が楽かもしれないけどね（笑）。

行政をやっていた時も、患者は人それぞれ千差万別だという感覚は常に持っていた。だから、現場の先生の意見をよく聞きながら仕事を進めてきたつもりだ。

◆改定財源、診療所から病院へ

——後期高齢者以外では、外来管理加算の「5分ルール」も物議を醸した。

外来管理加算は、何も処置をしなければ取れるという点数だった。これは患者からすればおかしい。だから「丁寧に説明してください。そのためには時間はかかりますよね」という趣旨だった。

外来管理加算とは、そもそも“内科加算”だ。整形外科などでは処置や検査などがあるが、内科の場合、極端に言えば何もない。内科の技術とは何かというと、それは丁寧な指導などであって、外来管理加算は処置などが何もないときにプラスにできる加算として出てきた経緯がある。「お薬外来」で算定するのは駄目で、丁寧な説明をした場合に取れる本来の意味に戻しましょうという趣旨だった。

あともう一つ、外来管理加算を巡っては病院に回す改定財源をどうひねり出すかということも関係していた。08年度改定では、救急などの病院医療に財源を振り向けるために、診療所から財源をひねり出さなくてはならなかった。狙われていたのは再診料だった。再診療を下げれば財源はたくさん出る。しかしそれでは診療側はつらい。結局、再診料は据え置きとし、外来管理加算に手を付けることになった。5分ルールで縛れば1時間で12人。1日6時間診療とすると多くても72人に制限できる。

◆まず医政局がしっかりした制度を

——診療報酬制度の運用について今、思うことは。

制度があっての診療報酬。制度を補うところに診療報酬がある。ある程度、先を見越した上で点数を付けるということもあるが、基本は医政局で制度をしっかりとつくっていく必要がある。医政局にしっかりとしてもらわないといけない。

——診療報酬改定は、その時々の医療課長の個性が出ているように思う。

本当はそれでは駄目なんだろうと思う。大改革は慎重にやらないといけない。私は「革命」は好きではない。革命的な改定があると後が大変。自分がこうだと思うのなら、その方向に向けて少し動かす。それぐらいの仕事にしておかないと、診療報酬は影響力がすごくある。

20年度改定でも、新しいものが出てくるとは思うが、基本は改良だと思うし、それでよいと思う。

——医療課長に求められることは。

幅広い目。自分の意見と違っても、いろいろな意見をしっかりと聞くことが必要だ。

今の医療課長は森光敬子さんで、筆頭補佐は木下栄作さん。この2人は私が医療課長時代の補佐と若手だった人たち。方向性については、任せておけば間違いないと思う。

医療費40兆円予算に医師の判断生かすポスト業務多端で大局観出にくい状況に懸念

◆ 2回の改定に関わった老人保健課主査時代

—医療課長に就任するまでに、診療報酬改定作業に関わったことは。

入省は1983年で、そのまま2年9ヶ月ほど地方勤務だった。85年12月25日、老人保健部老人保健課（当時）主査・保険局医療課指導監査管理官付主査（兼務）で本省に戻ってきた。老人保健課は次年度の予算要求が大詰めの時期であった。

当時、老人の診療報酬は一部別建てであったこともあり、老人保健課との併任で医療課の指導監査管理官付主査の辞令ももらった。医療課の本課の職員ではないのだが、老人診療報酬の担当としては医療課と一緒に改定作業で泊まり込むなどしていた。

結局、老人保健課および医療課には2年3ヶ月しかいなかつたが、診療報酬改定は86年4月、88年4月の2回携わることになった。今となつては当然のことだろうが、改定の影響率の計算・シミュレーションの電子化・コンピューター化はこの2回の改定が最初と言えるだろう。それまでは、社会医療診療行為別調査の特別集計を依頼し、その結果を印刷物の形で取得し、目視でチェックし、その上で、ある特定の診療行為の点数を1点変えたらどのくらい影響率が出るかをいちいち電卓でたたいて計算していた。初診料とか再診料ならまだしも、入院・外来別や診療科別でどうかなどの影響を見るのはとても大変だった。

そこで私は、当時医療課の課長補佐だった矢島鉄也さん（元健康局長）らの指導の下、電子化に取り組み、デジタルデータの入手、スプレッドシート（当時はExcelはおろかLotus1-2-3も発売前なので、マルチプラン、SuperCalc3等）への展開を実現した。当時としては画期的な業務改善の取り組みだったと自負している。

—診療報酬改定プロセスもその頃とは大きく変わったが。



佐藤 敏信 氏

久留米大学特命教授、日医総研客員研究員

医療課長在任期間

2008年7月11日～10年7月29日

最終官職

厚生労働省健康局長

2010年4月1日改定

10年ぶりの実質プラス0.19%改定

医科	歯科	調剤	平均
1.74%	2.09%	0.52%	1.55%
薬価	材料		
△1.23%	△0.13%		

主な改定項目

- 急性期看護補助体制加算、50対1で120点、75対1で80点
- 再診料の病診格差を69点で統一
- 「地域医療貢献加算」(3点)と「明細書発行体制等加算」(1点)を創設
- 「栄養サポートチーム加算」「呼吸ケアチーム加算」「感染防止対策加算」新設
- 「回復期リハビリ病棟入院料1」引き上げ
- 5分ルール廃止

86年当時の中医協は、診療報酬制度の大きな柱について議論する場所であった。その柱の議論に基づく細かな点数は、事務局である医療課に相当程度委ねられていた。ところが2004年4月の「贈収賄事件」以降、中医協改革が実行された。そのポイントは、診療報酬の改定率は内閣が決定し、改定の基本方針は社会保障審議会が策定。中医協は個別の点数改定を審議する場へと、その権限が大幅に縮小されたことである。また、運営や議論の過程を透明化する名目で、いろいろなサブワーキンググループが設置され、結果として会議の開催回数が急増することになった。

昔の中医協の議論の柱は「包括払いの方が出来高よりも絶対に効率的なのか」「病院と診療所の外来の役割分担をどうするか」「検査漬け、薬漬けといわれる状態（当時）をどうしていくのか」といった制度の根幹に関わるテーマについてだったように記憶する。今は、個々の点数がどうかとか、細部の議論に終始することが多く、関与される方の労力は大変なものだろうなと思う。

もちろん、医療に関するさまざまなデータが集まるようになり、分析された上で提出されるので、議論が相当に客観化、透明化されたというのは大きな進歩であろう。

それにしても、そこでさらに現場の声も反映してとなるので、点数表自体が複雑になり過ぎたよう思う。

◆医系技官の腕の見せ所 医療課長

—医療課長就任時に感じたことは。

防衛予算の8倍近い40兆円規模の予算に関わる仕事であり、その責任の重さを痛感した。医学部出身としての判断が生きるポストであったと思う。

私自身、わずか1年だったが臨床の現場で働いた経験があり、その過程で患者さんがどういう思いで闘病しているか、看護師や薬剤師が医師をどう見ているか、事務系職員はどうか、といったことを観察しながらの日々であった。こうした診療の現場での実体験は、その後、医療政策を考える上で大いに役立った。

さて、診療報酬は予算の規模が大きいとはいっても使い道は決まっているし、薬や歯科の話については課長といえども十分な知識や経験があると

はいえない。だからこそ薬剤管理官や歯科医療管理官がいるのだが、それでも医療課長になって初めて、調剤報酬や薬価の決定の基本的な考え方、その過程をつぶさに見ることができた。

◆政権交代下で調整に手間取った改定作業

—医療課長当時の改定作業で記憶に残ることは。

実際の改定作業は多岐にわたり、一つ一つの事柄が重いので、とても一言では語り尽くせないが、あえて総括すれば調整に時間を見た改定であったと思う。

改定の議論が今まさに本格化しようというときに、自民党から民主党への政権交代があり、中医協の委員交代もあった。病院関係者の嘉山孝正先生（当時・山形大医学部長）、診療所の関係者として安達秀樹先生の新たな参加があり、そしてその意見の調整に神経をすり減らすような毎日だった。当時は、長妻昭厚労大臣、足立信也大臣政務官という布陣であった。中医協内部の調整と併せて、省内、それに省外の民主党議員への報告・調整も簡単ではなかった。ともかく丁寧に説明をし、一定のご理解をいただくのに時間を要した。

医系技官である外口崇さんが保険局長だったので、外口さんのご指導の下、省内外で一定の信頼を勝ち得ることができたことで、何とか仕事を前に進めることができた。

一方、改定の細部については課長補佐の佐々木健さん（現厚労省医政局医事課長）に任せていた。医療課のような大所帯で、課長がどの程度リーダーシップを発揮するか、また細部まで目を光らせるのかどうかについては、いろいろな意見があり、どれが正しいということはないと思う。

私自身は、課長補佐以下の担当者を信頼し、相当程度委ねるというスタンスだった。その方が担当者の責任感も醸成されるのではと考えたからである。私は外口局長のご指導の下、もっぱら省内外の国会議員や中医協委員への説明に努めた。いずれにしても、上司と部下に恵まれたのがありがたかった。

今振り返っても、つらかったことはもう忘れて、むしろうまくいったとか楽しかったという記憶の方が残っている。毎日、毎時間、重みのある仕事の連続だったと思う。

◆役人として勤め上げる決意固める

——医療課長の経験で何か変化したことはあるか。

改定作業を経験して、役人を辞めちゃいかんなど思うようになった。「敵前逃亡」はいかんと。

改定作業の過程で部下にこれほど働いていただいておきながら、自分だけくたびれたとか興味がなくなったとかで辞めるのは許されないなと思った。皆家族があり、生活があり、楽しみがあるのに、それを犠牲にして仕事に打ち込んでくれて、その上に課長として乗っかっていた。感謝の気持ちしかない。「一将功成りて万骨枯る」は嫌だった。

——保険局長が医系技官であることについてどう考えるか。

前述のように、いろんな意味で激動の時期だったので、私自身、また医療課にとっても、局長が医系技官であったことは心強かったと言えるのではないか。ただ、実際医療課長になってみると、保険局の別の一面も見えてきた。どういうことかというと、保険局の中で、医療課だけが「配分」の役割を持っており、医療課以外の局内の他のどの課も関係機関に頭を下げ、必要に応じて調整をし、「原資」の獲得に奔走している。彼らの努力に報いる意味でも「しっかりと公平に、効率よく使わせていただきます」という思いだった。非常に頭が下がった。

そうした財源確保、財政調整という任務を考えたときに、私自身の中では、絶対に医系の局長であった方がいいのかどうかは分からぬ。

◆会議の切り回しなど仕事量は膨大に

——現在の中医協運営、医療課の業務についてどう見ているか。

私の知る85～86年ごろの中医協では、説明は課長補佐の役割だった。課長は基本的には説明せず座って聞いていた。それがいつの間にか課長が説明するようになっていた。

課長補佐も連日忙しいのは分かるが、課長は課長で、ぎりぎりになって送られてきた資料を直前になって読んで、そのまま中医協に出て行かねば

ならない。課長が説明するルールだと、どうしても細部の理解や説明に注意力が向き、もっと大局的な、課長でないと考えられないような話にまでは気が回らなかったように思う。

繰り返しになるが、DPCの導入に代表されるように仕事量は膨大になった。西山正徳課長の時に検討組織などの下部組織が次々に創設されたので、今やこうした会議の切り回しだけでも大変な仕事量になっている。

——改定作業で課長の個性を発揮できる余地はどの程度だと思うか。

なにせ2年しかない。本当はもう少し時間があると良いだろう。これだけ所掌の範囲が広いと、隅々にまでは目が届かない。終わった後で、あれもやればよかった、これはこうするべきだったという反省だけが浮かんでくる。

◆診療報酬制度、簡素化やアウトカム評価が課題

——診療報酬制度、あるいは医療政策の課題についてどう見ているか。

私見だが、診療報酬とその体系は複雑過ぎる。今すぐは無理でも、いつかは簡素化すべきだと思う。また、診療報酬の評価の基本は、ストラクチャーやプロセスに着目しているが、何とかアウトカムで評価できないのかと思う。もちろん、現在でも在宅復帰率など、いくつかアウトカム「的」な評価はなされているように見える。しかし、在宅復帰率が高ければ、死亡率をはじめとする患者の予後がいいのかどうかは検証されていないはずなので、結局、真の意味のアウトカム評価とは言えないのではないか。

診療報酬自体に直接関係ないかもしれないが、最近は別なことを考えている。医療課長在任中にも感じていたことだが、医薬品や医療機器の技術革新で、ますます欧米企業に水をあけられているように見えることだ。財源を確保した上で、中医協で薬価や機器の価格をどうするか熱心に議論するのはいいが、そうやって財源を確保し公平に配分したつもりでも、結局は米国やヨーロッパの革命的な研究開発をしている人や組織にせっせと貢いでいるだけに思えてくる。

先ほども簡単に述べたが、医療課長時代、可能な限り薬価算定組織、保険医療材料専門組織などには出席した。公平な価格設定こそが議論の主題であることは分かってはいたが、個人的には日本の開発力の弱さ、日米のテクノロジーの格差、欧米企業のブレークスルーにかける執念、「科学」の裾野の広さ、発想のユニークさに感じるところが多く、圧倒される思いだった。最近の超高額医薬品の発売ラッシュを見るにつけ、ますますその思いを強くしている。

この企画の本旨ではないので、詳細は別の機会とするが、ともかくも、ヘルスケア領域における開発・製造の概念を根本から変えなければ、彼我の差は埋められなくなるのではないかと考えている。医系技官にとっても、力が發揮できる重要な分野の一つだと思う。

医療費予測の精緻化と継続性が肝要 診療報酬で政府の医療政策支える

◆民主党政権下で2年連続のネットプラス改定

—2012年改定は、0.004%というギリギリのネットプラスで決着した。

民主党政権下で前回の10年改定がネットプラス（0.19%）だったが、私の時も民主党政権の方々は、厚生労働大臣をはじめとして「何とかネットプラスに」という論調が強かった。これが対官邸、対財務省との折衝の最大の焦点だった。

医薬分業により薬剤は院外処方で調剤薬局にかなり移っている状況で、薬価引き下げ分全部が医療機関に影響するわけではない。私自身はネットプラスといつても、誰の何に対する影響か必ずしも確かではない議論ではないかと感じていた。個人的には医療機関に与える真の影響はどうかということをもう少し冷徹に考えるべきだと思っている。2年後の実態調査で正確な影響を評価できる数字が必要だ。

とはいえた医療費改定で全体としてネットでプラスになるということは政治的に大きなことであるし、産科医と小児科医、外科医について必要な数がどうしても確保できないという切迫した状況もあったことから財務省もネットプラスを受け入れた。当時は安住淳財務大臣で、小宮山洋子厚労大臣とはNHKの後輩先輩という間柄でもあった。

—プラス改定の効果は。

確かに前回10年のプラス改定の後、医療機関、特に外科系について若干収益回復の兆しが出ていた。10年改定を担当した佐藤敏信医療課長が外保連の試案を基に、特に特定機能病院で行うような難易度の高い手術を中心に点数を上げたが、私の時はむしろ中規模、小規模の病院で行うような比較的難易度は高くないけれども頻度は高い重要な手術について財源を使った。外科系一般病棟は、この2回の改定で相当息をつけたという感じだった。



鈴木 康裕 氏

医務技監

医療課長在任期間

2010年7月30日～2012年9月9日

2012年4月1日診療報酬改定

医科	歯科	調剤	平均
1.55%	1.70%	0.46%	1.38%
薬価	材料	実質	
△1.26%	△0.12%	0.004%	

主な改定項目

- 7対1入院基本料の施設要件の厳格化
- 亜急性期病床と回復期リハビリテーション病棟の整理
- 一般病棟13対1・15対1での特定除外制度の見直し
- DPC係数の見直し
- 病院勤務医の負担軽減および待遇改善を推進

◆医療費の精緻な予測が医療課への信頼もたらす

——診療報酬改定に対する基本的スタンスは。

私は、診療報酬は謙抑的でなければならないと思っている。診療報酬の誘導によって振り回すようなことをしてはいけない。診療報酬で点数は付いていないけれどもベストプラクティスというべき取り組みをやっておられるところがあれば、そうした取り組みを体制的にもクオリティーの面でも広く実施できるようにするための下支えを診療報酬によって実現していくことが非常に大事だと考えている。

——限られた財源の中で重視したことは。

医療費の伸び率の要因分解に関する08年度から15年度のデータでは、高齢化など人口動態による影響はほぼ1%台であるのに対して、医療の高度化等「その他の要因」による影響はおおむね2%程度となっている。診療報酬改定による影響は非常に小さい。医療費の伸びを抑えるためには、「その他の要因」部分の伸び率を小さくしなければならない。

財政的にみると、財源は限られているのに、どうして医療費は「その他の要因」でここまで伸びているのかとなる。「その他の要因」による医療費の伸びを小さくなるように、精緻な予測の下に改定することが医療課長の仕事として非常に大事だと思っている。

医療費の伸びは、P(単価)の伸び×Q(患者数)の伸びであり、「長瀬効果(給付率の変化に伴う医療費の変化)」などを使ってどのくらいになると見込むかが重要になる。

その見込みが甘いと予想以上に医療費の伸びが上振れする。そうならないようにどこまで正確に予測できたかどうかが、政府部内での信頼にもつながる。私が改定を担当した12年度は「その他要因」の伸び率を0.4%程度にとどめることができた。プラス改定だったこともあり、想定に近い結果になった。

改定の度に結果として医療費の伸びがどうなったかを検証し、予測を超えて上振れした場合はなぜそうなったか分析する。医療費予測を精緻化す

ることが、政策への信頼につながると思っている。

◆課長が変わっても政策は継続**——改定内容に関して配慮したことは。**

改定についてもう一つ重視したことは継続性だ。

医療課での改定作業は、改定前年の夏くらいまでに関係団体などからのヒアリングや内部的な議論をして改定項目としてやるべきことがいろいろと上がってくる。ただ、それらを全部一度の改定でできるわけではないので、次回以降に引き継ぐものもある。

さらに重要なことは、現在議論している医師の働き方改革にしろ、地域医療構想や医師の偏在是正にしろ、いずれも息の長い政策であることだ。当然ながら2年で決着するものではなく、5年、10年とかけて取り組むことになる。

こうした息の長い医療政策に診療報酬が対応していくためには、課長によって対応が変わることがあることってはならない。突発的な事案への対応も必要だが、基本的には省全体、政府全体が目指す方向に沿ってかじ取りしなければならない。

私が医療課長であった2010年当時は、2025年の地域包括ケアシステムの構築に向けて、医療と介護の同時改定は6年ごとの12年改定と18年、24年の3回しか残されていなかった。24年は目標年の1年前なので効果が出るまでには間に合わないかもしれないが、12年、18年の2回の改定で大きなかじ取りを終えておく必要があった。

例えば入院医療では、追井正深医療課長が18年改定で7対1入院を固定部分と変動部分に分けて、固定部分はストラクチャーである人の配置を中心にやって、変動部分は患者の重症度で評価することにした。急性期から回復期、慢性期入院も同じように評価していくという姿がようやく整備できた。2025年に向けて非常に大きい改定であった。

——医療機関側にとっても政策の一貫性を求める声は強い。

確かに、いわゆる「はしご外し」はやってはいけない。行政と医療界とのお互いの信頼を失わせることになってしまふ。医療機関の多くは私立だし、彼らが自分たちの問題として自分たちも共に医療を

どう支えていくかという気持ちになってもらわないとこれからのは難局は乗り切れない。本来、どこを向いてわれわれと一緒に目指していくべきかを共有して共同作業としてやらなければならない。

◆時間外対応加算で決着した医師会の再診料 引き上げ要請

—改定作業で想定外だったことは。

再診料に対する医師会の強いこだわりは想定を超えた。結局、再診料の地域医療貢献加算を時間外対応加算に名称変更し、点数を引き上げた。

当初の要望は再診料の引き上げであった。10年改定の時にクリニックの再診料を下げて病院と同じにしたが、その時以来再診料を上げてほしいという医師会の要望がずっとあった。ただ、支払い側から見ると金額規模が大きいことに加えて、再診料は投資したお金と効果との関係が明確ではない。難しい議論だったが、最終的には加算の引き上げで合意していただいた。

私の時はデータに基づく改定の実践ということで、支払い側にも診療側にも分かりやすくエビデンスを示すということで資料も相当厚くなっていた。そういう流れからして再診料を上げるエビデンスを示すのは議論の提起の仕方として非常に難しかった。

—医療課長の経験で得たものは。

医療課への配属は課長が初めてだった。当時の筆頭補佐も医療課は初めてで、課長と筆頭補佐の2人ともが初めてというのはかつてないことがあったと思う。

とはいっても私は、10年改定の時に老人保健課の筆頭補佐で当時の老人診療報酬に関わり、その後老人保健課長として09年度の介護報酬改定も担当したので、医療課と密接に関わる仕事をしていた。

医療課で学んだのは、交渉の進め方だ。いろいろな審議会があるが、中医協ほどあからさまに数字を巡って交渉するところはない。それぞれに団体や組織を代表するという立場があり、そこを尊重しつつどのように説得するか、どういうカード

の切り方をするかといったことを勉強させていた。事務局としては、ニュートラリティー、各側に対して中立であるという姿勢を維持することが重要だと考え、交渉に当たった。

◆政府全体の政策課題を診療報酬が下支え

—今後の医療政策展開と診療報酬制度運用のポイントは。

この先20年の最も大きな変更は労働人口が減っていくということだ。税金、保険料を払う人が減ってしまうので財政的に非常に苦しくなるということが一つ。もう一つは、特に労働集約的で人の手をかけなきやいけない介護や医療の部分が最も大変になるということだ。

2040年を見据えて財政的な観点からは負担と給付の議論は避けられない。保険がカバーすべき範囲について、高額だが療養上どうしても必要な医療をみるのか、それとも軽費で頻度の高い医療をみるのかといった給付のメリハリ付けをどうするか。個人的には、「1かゼロか」という議論はあまり生産的ではないので、サービスの内容や薬剤の種類によって給付率を設定するフランスの可変給付率のような考え方も参考になるのではないかと思っている。

医療供給側に関しても、医師の働き方改革、地域医療構想、それから医師の偏在是正を医政局が三位一体と言っているが、米国に比べて人口当たりの病床が5倍も多いという状況を維持したままでは、医者の忙しさを解消していくこうとしても根本的にはなかなか難しい。病床は集約していくなければならない。その際、救急とか産科のように“待てない医療”をどう確保するか。これは、医療の在り方だけでなく集落の維持といった地域の在り方につながっていく。

医師の偏在も、臨床研修医や専攻医の地域のシーリングを作つて一定の効果があったが、今後想定される診療科や地域の偏りを是正するために、医学部に入る人には一定期間、医師の少ないところで働いてもらうという仕組みも将来は視野に入れなければならないかもしれない。

こうした政策課題に対する政府全体の方向、省全体の方向を医療課が診療報酬制度の運用によって下支えしていくことになる。

—政策課題の克服に向けた医療課をはじめとした行政組織の在り方については。

日本の役人はゼネラリストを育てるために2年ごとに異動するが、30代半ばを過ぎたらある程度専門領域に特化した方が良いのではないかと思っている。55歳、60歳になって自分の第二の人生を考えなければならない時にも、領域としての専門性の有無は重要だ。

医系技官の異動期間を現状の2年から、3年、4年、5年に伸ばすことや、例えば、30代半ばまではいろいろな部署を経験し、その後は医療提供体制と保険財政をステップアップしながら進んでいって、特定領域の専門性をより高めていくという方法についても今後考えていく必要があるだろう。日本のように頻繁な異動がない海外機関との交渉を考えると、ある程度の専門性を持っていないと太刀打ちできない。特に医療の提供体制と保険財政は専門性を高めていくべき確たる分野だと思っている。

在宅復帰最優先に新機軸盛り込む 社会保障と税の一体改革への対応果たす

◆地域包括ケア、アウトカム評価、データ集積が改定の柱

——改定に際して重視したことは。

2014年度改定を自分なりに整理すると大きく3つの項目に分けられる。一つは社会保障と税の一体改革に基づく地域包括ケアシステムの構築、次にアウトカム評価を含む実績に応じた評価の導入、三つ目が未来を見据えたエビデンスに基づく報酬設定のためのデータの集積だ。

これら3つの項目を念頭に置きながら、私が特に重視して取り組んだのが、どのステージからでも在宅復帰を推進し、愛媛県の櫃本真聿先生が主張する「生活を分断しない医療」を実現することだった。

本来、医療機関が「この病院の治療により急性期のステージは脱したので、次のステージにふさわしい病院を紹介します」とつなげてあげるべきだが、実際には「国の施策でこの病気の入院期間は○日までと決められているので、もう病院から出てください」と患者が放り出されたといった話をたくさん聞かされた。そもそも国で退院させろと言っているわけではないし、患者は次にどこの病院に行ってよいか分からない。そんな状況をどうにか改善したいと思った。

そこで、在宅復帰につながる医療機関の連携が不可欠だと考えて、急性期、地域包括ケア・回復期、長期療養のそれぞれに在宅復帰の指標を作り、特に地域包括ケア病棟や回復期リハ病棟では、在宅復帰率が高いものを高評価とした。さらに、例えば急性期から在宅復帰できない患者を療養病棟に送るとき、送り先である療養病棟の在宅復帰率が一定の率以上であれば、在宅復帰と同等と認めることにした。

急性期病院は直接在宅復帰させられる患者だけでは在宅復帰要件を満たせないとき、療養病棟が在宅復帰率を満たしている病院を送り先に選択しないと自らの在宅復帰要件を満たせなくなる。逆に、在宅復帰率が低い療養病棟には急性期病院か



宇都宮 啓 氏

前厚労省健康局長

医療課長在任期間

2012年9月10日～14年7月10日

最終官職

厚労省健康局長

2014年4月1日改定 () 内消費税対応分

医科	歯科	調剤	平均
0.82% (0.71%)	0.99% (0.87%)	0.22% (0.18%)	0.73% (0.63%)
薬価	材料	全体	実質
△ 0.58% (0.64%)	△ 0.05% (0.09%)	0.10%	△ 1.26%

主な改定項目

- 7対1入院基本料等の要件厳格化
- 急性期～療養病棟に在宅復帰関係の報酬新設
- 地域包括診療加算(20点)と地域包括診療料(1503点)の新設
- 未妥結減算ルール導入
- DPCの機能評価係数Ⅱで後発医薬品の使用割合を評価

ら患者がなかなか紹介されなくなる。ならば、頑張って在宅復帰率を満たそうとなる。

この指標は介護老人保健施設にも適用したので、急性期から老健に送るときにも在宅復帰率を満たしているところを選ぶ。このように連鎖的な関係を生むことによって、それぞれのところが自らの在宅復帰率を上げるインセンティブが働く仕組みにした。

在宅復帰推進における医療機関の連携に老健を組み込んだわけだが、実は私が老人保健課長だった12年度の介護報酬改定時に在宅復帰率という指標を初めて導入したものであり、在宅復帰に向けて医療と介護をつなぐことができたと思う。

◆「連携」ではなく「医療と介護の一体的推進」

—医療機関だけでなく介護との連携が不可欠だと。

連携を図れと言っても、病院、老健、特別養護老人ホームなど今までお互いに全く知らなかつた人たちが、加算を付けたらすぐ連携できるというものではない。私は、連携ではなく「医療と介護の一体的推進」を目標に掲げた。

例えば、医療と介護の機能分化の観点から要介護被保険者に対する維持期リハについては医療保険から介護保険に移行することとしていたが、なかなか進まない状況があった。その理由として医療側の介護側に対する理解の不足が考えられ、過去1年間に医療機関が自ら介護保険の通りハ等の実績がない場合には診療報酬を減算とした。

また、主治医機能の評価として「地域包括診療料」「地域包括診療加算」を新設したが、これは主治医機能を全部まるめて評価するというもので、そこに健診の受診勧奨など予防的なものから介護まで全て含めた。つまり診療報酬が対象とする治療に限らず、予防や介護まで含めたということで画期的だったと思う。加算を強硬に主張する意見もあったので調整は難航し、最後は包括と加算の選択制にすることで決着したが、私は主治医機能の評価については、包括で評価した方が広がりがあると思っている。

主治医機能の評価で、介護保険に関する相談対応を要件に入れることなどによって、医療機関が介護に踏み込むきっかけを付与した。

診療所でも病院でも、私としては医療側にもっと在宅医療や介護保険サービスを提供する方向に向かってほしいという気持ちがあった。最後に在宅復帰させるとなつたら、在宅で実際に訪問診療や訪問看護・介護などができるないとなかなか渡せない。だからそちらの方にも手を出してくださいと。

以前の発想は、ある医療機関が特別の関係のある施設などを紹介するのはよくないということだった。特別な関係にあろうとなからうと、同じような機能の医療機関同士で患者を囲い込み、たらい回しにするようなことは論外だ。しかし患者の病状に応じて急性期から回復期、慢性期などのように異なった機能の医療機関や介護施設に紹介するのであれば、むしろ同じ法人が運営していれば連携もスムーズであり、結果的に患者がメリットを得るならということであれば構わないと考えた。

ところで主治医機能は予防から医療、介護まで面倒を見て、かつ24時間365日対応だ。そうなると1人の医師だけで対応するのは無理だ。だから常勤医師3人以上という要件を付けた。要件が厳しすぎるという意見もあったが、患者に対する本当の主治医機能の提供、医師の働き方改革を考えれば、当然の要件だったと思っている。

—3つの柱の一つであるアウトカム評価についてどう見ているか。

地域包括ケアシステムを在宅復帰率という指標で機能させるという取り組みは、アウトカムによる診療の評価にも対応する。在宅復帰率はアウトカム評価そのものだ。

リハビリテーションについてもアウトカムを意識した要件を設定した。まず急性期病棟に新設した「ADL維持向上等体制加算」では、「ADL低下者の割合3%未満」というような要件を設定した。また、回復期リハ病棟で、「患者に適したリハビリテーションを実施するため、患者の自宅等を訪問し、退院後の住環境等を評価した上で、リハビリテーション総合実施計画を作成した場合の評価」を新設した。自宅のあるところが坂道や階段が多い地域であるとか、自宅の住居事情、どういう家族がサポートしてくれるかなどによってリハビリが変わるもの

性がある。だから、事前に患者の家を訪問した上で、リハビリの計画を立てることを評価した。これはプロセス評価ではあるが、事前に見ることでリハビリのアウトカムをより出しやすくなるようにすることを意識したものである。

◆少しでも家族と過ごせる時間を

——その他で記憶に残る改定項目は。

私も救急を少しだけだが経験して思ったのは、急性期の医師らは家に帰すためのリハビリーションの発想がほとんどないことだ。例えば急性腹症の患者が来ると腹部だけしか診ない。高齢者は1週間寝ているだけで、手足、特に足が弱り、転倒しやすくなる。転倒して骨折すればまた入院し、さらに悪くなる。

だから急性期の早期にリハビリをやる必要がある。そこで急性期病棟にリハ専門職を配置した場合の評価として、先述の「ADL維持向上等体制加算」を新設した。ただ、当時の財源の制約から「この点数だとリハ職の配置でトントン程度、儲けにならない」と言われる程度の点数しか付けられなかつた。しかし患者のためにはぜひ伸ばしてほしいし、病院としてもリハの結果で在院日数が短くなれば収益改善にもつながるので、トータルで前向きに考えていただきたい。

療養病棟における在宅復帰機能の評価として新設した「在宅復帰機能強化加算」にも個人的に思い入れがある。それまで退院患者の在宅生活が3ヵ月以上でなければ退院したと見なさないとされていたところを、1ヵ月以上在宅生活が継続していれば退院と見なし、また戻って入院してもよいことにした。

これまで3ヵ月という条件があったために病院も家に帰せないという状況だった。そうではなくて3ヵ月を1ヵ月にして、かつ医療区分3の場合は14日以上でよいと。悪くなったら病院に戻ればよいではないかとの考え方へ転換した。この発想は12年介護報酬改定の老健にも取り入れた(在宅復帰・在宅療養支援機能加算)。基本は1ヵ月だが、要介護4、5の人は2週間でよいとした。

少しでも家族と過ごす時間を確保したいという思いがあれば、それを何とか実現し、生活を分断しない医療にしたいという思いがあった。

これについて当時の朝日新聞の記者が「ときどき入院ほぼ在宅」との表現で書いてくれた。

——7対1の見直しも行った。

入院に関しては、いわゆる「なんちゃって7対1」を減らすというのは至上命令ではあったが、ただ急に減らすといつても難しい。まず患者像に対する評価の適正化を図るため、「医療」という言葉を入れ「重症度、医療・看護必要度」に名称変更するとともに、要件を厳格化するなど、まずそのきっかけになることを実行するという認識だった。

一方で、日本は人口当たりの医師数とか看護師数はOECD諸国の中でもそれほど突出して少ないわけではないが、病床数が多すぎる結果、病床数当たりで見ると非常に少なくなってしまう。そのことも我が国の看護師不足の一因だと思われる。日本は7対1が急性期の代表みたいになっているが、本来はアメリカなどのようにもうちょっと看護配置を手厚くしてもよいと思う。

とはいって、いきなり5対1などを作ると7対1創設後の流れと同じようになりますかねない。まず今ある余剰な病床をなくした上で、看護師を手厚くする方向に持っていくことが必要ではないかと考えている。

◆「在総管」引き下げ、消費税対応に苦心

——改定作業で苦労したこと。

在宅医療の適正化対策として実施した、いわゆる集合住宅の「在宅時医学総合管理料」の4分の1減算については厳しい指摘を頂き、要件を緩和するなどの対応を迫られた。高齢者施設の開設者が特定の医師に入所者を優先的に紹介する見返りにキックバックを得る、あるいはある高齢者住宅では入居時に指定された主治医の訪問診療を受けるということに応じなければ入居を拒否されるといった不適切事例が見受けられたことから適正化を図ったものだった。しかし5000点を1200点にするなどの大幅な減額措置について、関係者から呼ばれて方々に説明に回った。最終的には要件緩和や経過措置でなんとか理解を得ることができた。

—消費税率8%への引き上げもあった。

改定率は全体でプラス0.1%だが、この中に消費税率引き上げ対応分として1.36%が含まれているので、実質マイナス1.26%だった。消費税が上がった分を薬価の引き下げ額でみるという話だったが、診療報酬でどう対応するか難しい作業だった。これまでの3%や5%の時には消費税分として個別点数項目のいろいろなところに細かく計算して乗せてきたが、計算は非常に難しく、また累次の改定を経るうちに上乗せ分が不明瞭になるという問題があった。そこで8%改定の時には上乗せ分を明確にするため、全部まとめて基本診療料に乗せることにした。10%への消費税率引き上げに際して14年度改定にさかのぼって消費税分の扱いが見直されたが、基本診療料にまとめていなければ見直しも難しかっただろう。

◆改定の大きな方向性は変わらない

—医療課長を経験して変化したことは。

医療課との関わりは原徳壽課長時代に企画官として着任したのが最初だった。診療報酬とはなんぞやというところから勉強したので大変苦労したが、その時はDPC、医療技術評価、保険医療材料を主に担当し、非常に勉強になった。基本的に金勘定はあまり好きではなかったが、その後医療課長をやって良かったと思う。さまざまなことを学べた。医療を改善する上で、医政局のような法令・制度的なアプローチと、診療報酬によるアプローチは車の両輪だと感じた。さらにその前に老人保健課長として介護報酬も担当し、介護と医療をつなぐ仕事に関わることもできた。

その後の生活衛生や健康局等の仕事でも、診療報酬の立場はこうであるというのを分かった上で判断できた。何でもかんでも診療報酬で見てもら

えばいいじゃないかとなりがちだが、ここまではできるがそれ以上は難しい、ということが分かることがその後の仕事でも役に立った。

—診療報酬改定の一貫性についてどう見るか。

医療課長の裁量は結構あるが、大きな船は急激な進路変更はできない。制度や医療の実態にあまり詳しくない方から「抜本改革しろ」という意見を頂くことがあるが、40兆円の世界を急に変えたら、医療提供側のみならず、患者側も含めて現場が大混乱に陥る。しかし、例えば出来高評価ばかりであった一般病床もDPC導入から15年以上経ち、すでに半分以上はDPC対象、つまり包括評価になっているなど、抜本改革はゆっくりではあるが着実に進んでいる。

将来はDPCデータでさまざまな医療機関の分析を行えるようにするために、データ提出加算を創設した。このように実現可能な範囲で、手を入れるべき部分は変えながら、今すぐどうこうではなく、5年後、10年後あるいは20年後を見据えて今のうちに布石を打つといったことも併せて行った。

われわれの時は社会保障と税の一体改革という大きな方向性があった。行政は、もちろん目の前の短期的課題にも対応しなければならないが、どういう方向に持っていくか、ビジョンや理念を見失ってはならない。その時々の状況で小さな変更はやむを得ないが、全くまるで方向が変わってしまうということはやってはいけないと思う。

他方、医療現場においては点数表だけを見て右往左往してしまい、時にははしごを外されたと感じることもあると思うが、そうではなくて社会保障と税の一体改革、地域包括ケアの構築といった全体の流れを見れば、大きく方向性が変わることはないということが理解できると思う。

インセンティブ付与でなく実態の適正評価に力点 自己主張控え調整役に徹する

◆始まったばかりの機能報告、医療構想議論の邪魔をしない

—診療報酬改定に際して心掛けたことは。

着任した当時のインタビューでも話していたことだが、とにかく多くの人の話を聞くことをまずは大事に2年間取り組んだ。

2点目としては、診療報酬は政策ツールの一つなのでインセンティブとか政策誘導という面もあるが、むしろ政策誘導とか経済誘導という位置付けよりは実態を適正に評価していくということになるべく重きを置いていこうと考えた。

一例としては、改定のタイミング、時期がちょうど病床機能報告制度や地域医療構想の議論が始まった頃で、私としては議論を邪魔しないことが大事だと考えた。診療報酬点数で誘導をという話もあったが、地域医療構想でそれぞれの病院がどういう機能を担うかという方向が定まった上で、医療機関が自ら選んだ機能を診療報酬で適正に評価していくことが重要だと思っていた。

評価して点数を付けるというのは誘導という側面もあるので否定はしないが、それを政策ツールとして使うことは、なるべく控えたほうがいい。例えば、7対1入院基本料に点数を付けると必要以上に該当病床が増えるということが起こる。

従来から、現場では診療報酬を見ながら自分の病床をどうしようか、機能をどうするか選ぶという要素が強かったけれども、まさに私が担当した時期は病床機能報告制度の下で、各病院が点数を見て病床機能を決めるのではなく、どういう病床が必要か、どういう病床が足りないか、地域の中で自分の役割、病床をどう持つかという方向へ変わろうとしている最中だった。そんな状況下で、点数が先行して誘導的になっては機能分化をゆがめるということを余計に強く思った。

当時も「急性期病床は多く回復期病床が少ないので回復期に点数を付けるべき」という人が全くいなかったわけではないが、回復期を増やした後で今度はかなり増えてきたから点数を見直すとい



宮寄 雅則 氏

厚生労働省健康局長

医療課長在任期間

2014年7月11日～16年6月20日

2016年4月1日改定

医科	歯科	調剤	平均
0.56%	0.61%	0.17%	0.49%
薬価	材料		
△1.22%	△0.11%		

主な改定項目

- 7対1入院基本料の要件の見直し
- 「認知症地域包括診療料」「認知症地域包括診療加算」新設
- 回復期リハビリ病棟にアウトカム評価導入
- 「小児かかりつけ診療料」新設
- 「在宅時医学総合管理料」「施設入居時等医学総合管理料」の評価細分化
- 「かかりつけ薬剤師指導料」「かかりつけ薬剤師包括管理料」新設

うのはやっぱりよくない。

逆に地域の中で決めた役割分担になったときにはそれが適正に評価される必要があるので、診療報酬で誘導するのではなく、いわば半周遅れで事後的に対応すべきと考えた。

医療提供体制の方で議論して落ち着いたところで適正に評価していくことで、タイミング的には2016年の改定ではなくて出そろいは2年後の改定になる。先行して点数を付けてインセンティブになるようなことは極力避けた。

◆指導監査経験踏まえ届出様式簡素化も

—その他に重視したことは。

もう一つ心掛けたことは、点数表の簡素化だ。私は11年4月から1年半、医療課で指導監査を担当する医療指導監査室長だった。医療指導監査室長を経験して医療課長になったのはおそらく私が初めてだと思う。

その時の経験から、点数表が分かりにくいために間違って請求をしたとか、施設基準を間違って届け出て返還しなければならなくなつたといった悪意に基づく不正とは明らかに異なる事例があることを認識した。それが気の毒だという思いがあったので、とにかく分かりやすくして、簡素化できるところはしなきゃいけないと考えた。

診療報酬はますます複雑になるが、基本的に点数表は分かりやすくしなければならないので、簡素化できるところがあつたらなるべく簡素化することを目指した。その際にも現場の人の話をよく聞くことが重要だと感じた。

地味な仕事だしあまり表に出てこないことだが、施設基準の届け出などかなり減らし、届け出様式も簡素化した。改定説明会でもほとんど話していないが、それなりに思いがあったのでしっかり取り組んだ。地方厚生局に指導医療官がおられるので、そういう人達からどこをどう見直してほしいかという話を受け取るなどしながら、できるだけ分かりやすくしていこう、簡素化していこうと考えた。

◆中身の適正な評価に苦心した7対1、回復期リハ

—改定作業で苦労したことは。

最終的に中医協での調整の焦点になったのは、

7対1入院基本料における患者の「重症度・医療・看護必要度」の項目や割合だった。「重症度・医療・看護必要度」の基準を満たす患者割合を15%から25%まで引き上げることや評価する項目を見直すというところが最後まで議論された。この点は、一番大事なところだと思っていたし算定要件が大きく変わるものだったので、現場になるべく混乱が起きないように激変緩和措置や経過措置を設けるところを含めて診療側、支払い側でかなり議論があって、すり合わせるのに苦労した。

7対1の病棟は看護師を配置していれば高い点数になるのが基本だったが、そこに重症患者がどのくらいいるか、ということが議論になった。形だけでなく中身が大事なので、重症患者が多いから人を配置しなければならず、その結果コストがかかるからそれを評価するという観点だ。点数が高いから看護師を集めて収入を増やす、患者が足りなかつたら軽症の患者を入れてまで診療報酬を上げようということが起つてしまつたら、患者、医療者、国、みんなにとってとても不幸なことなので、中身をしっかり見させていただくということで議論した。

同じようなことが回復期リハビリテーションでも議論になった。「患者にどういうリハビリを何時間やつたか」ではなくて「どのくらい改善したか」が重要なので、FIM (Functional Independence Measure・機能的自立度評価法) の評価をチャレンジして入れた。ただ、その中身を突き詰めていくと、改善しやすい患者さんとか軽い患者さんだけ集めるというようなことが起こるリスクもある。そこで、アウトカム評価を入れるために重い患者が排除されるということにならないように、重症患者や改善しにくい患者は計算から除くなど、いろいろな配慮事項を入れてうまく制度に落とし込んでいくよう工夫した。中身を見て評価し、インセンティブを付けていくというスタンスと、その結果変な方に流れないように配慮しなければいけないということで、苦心しつつそれなりに面白さもあった。

また、改定そのものではないが、高額薬剤として「ハーボニー」の問題があって、薬価収載に際してかなり議論があった。現在に至る高額薬剤を巡る議論の先駆けの頃ということで印象に残っている。

全体としては、医科改定率がプラス0.56%と前回14年度改定（消費税分を除く医科改定率0.11%）からすると5倍程度だったので、かなりいろいろ考えることができた。

—消費税率10%への引き上げは当初15年10月の予定だった。

医療課長に14年7月に着任したが、その時点では翌15年10月に消費税が上がるはずだった。着任当時は、薬価をいつ見直すか、本体改定は10月なのか4月なのかなど、かなりいろいろな想定をして議論した。ところが、14年の年末に消費税率引き上げを延期するという話になり、16年4月だけの改定になった。結果的に改定を2回やらずに済むことになった。

ただ、その15年の通常国会で国民健康保険の安定化（財政支援の拡充や財政運営の都道府県化など）を柱とする国民健康保険法等の改正があって、その中で「評価療養」「選定療養」に加えて「患者申出療養」の創設が盛り込まれ、医療課が担当することになり法改正に関わった。法案審議に泊まり込みで対応するということで、消費税改定がなくなった一方で、改定のない間の年に法改正という別の仕事に取り組むことになった。一般的に医療課にいて法改正に関わることはあまりないと思うが、そちらもしっかりとやらせていただいた。

◆医療課長は最大の調整者

—課長の経験で得たものは。

医療課は入省5年目の1992年の改定で作業しているが、途中はなくて24年ぶりに課長で帰ってきた。ただ、改定作業への不安はなかった。医療課を経験したいという人は多い。自分は医療課長をとにかくやりたいという感じではなかったが、結果的には課長を経験してすごく良かったと思う。

個々のキャラクターもあると思うが、医療課長は最大の調整者ではないか。医療課長が旗を振って、「今度の診療報酬改定をこういうふうにやるぞ」というようなことは過去にもそんなにはなかったと思う。いろんな人の話を聞けば聞くほど意見を調整しながら進めていくという役割の方が

多くなっていく。着任した時から思っていたが、実際それ（調整）が大きな仕事になった。そういう側面からするとだいぶ気が長くなつた。すぐに「右だ左だ」とか言わないで、とにかく話を聞くこと。

それと、思いもよらないことで怒っている人がいるとか、あるいはこんなことがあるのかというような事柄がポツポツ出てくるので、だんだん性格がネガティブになっていく。楽観的に考えないで、文句を言う人が出てくるのではないか、何かまずいことが起きるのではないかとか、そういうことも慎重に考えるようになつた。できる限り調整しながら進めても予期しないことが起きることを考えなければならないので、だんだん慎重に慎重にとの思いが強くなつた。

◆フレキシブルな患者負担で柔軟な報酬設定へ —改定の度に取り沙汰される診療報酬の簡素化については。

今の体系の中では難しい点があるが、本当にもっとやっていくのであればDPCもそうだが、包括化を念頭に支払い方式まで変えていくということが本筋かもしれない。92年の改定にも関わり、その後いろいろな議論があることは知っているが、いきなり16年度改定で「もっと包括払いを増やしましょう」というのは唐突だし、思いは持っていたが議論の俎上にも結果的には載せていない。

包括していくというのは診療側、支払い側もコンセンサスを取るのは難しいが、本当に簡素化するには、今の点数表の中で項目を整理していくだけではなくて、支払い方式まで踏み込んでいく必要があると思う。

—2年ごとの改定でそこまでの議論は難しいのでは。

診療報酬の個別の項目については中医協で2年ごとだが、支払い方式の話はただ1回の改定でやるのでなく、それをテーマにして2回や3回の改定で継続して議論していくべき。そういうことができるのも中医協で、毎回毎回の改定をやるだけではない。

—診療報酬制度運用の今後に向けた展望は。

診療報酬そのものではないが、医療提供側が苦労されているのに点数が付いていないのはおかしいということで適正に評価すると、必ず患者の一部負担金の問題が出てくる。医療提供されている方々の苦労を評価すると、それが必ず患者の負担増に跳ね返ってくる。すごく悩ましいところだ。

極論を言うと、一部負担金の負担割合を変えるような仕組みを根っここの法律（健康保険法）の制度設計に戻ってできないものかなと思う。

例えば薬についても保険から除外するのではなく、薬の種類によって普通に薬局で買ったときと保険で給付されるときの自己負担が同じになるような、一部負担金の割合を設定できるような仕組みがあれば状況は全然違ってくる。一部負担が一律というのは、診療報酬のサイドから見るとすごく固く感じる。もう少しフレキシブルにできると診療報酬も柔軟に考えられるのではないかと思っている。

番外編

改定経過からたどる歴代医療課長の足跡 医療の効率性もたらす診療報酬実現が課題 全日病・猪口雄二会長

歴史的な節目となった04年改定 【西山正徳課長】

—診療報酬改定とのこれまでの関わりは。

2007年から10年間、全日病診療報酬委員会を副会長として担当した。06年以前は全日病診療報酬委員会の委員長をやっていたので、02年診療報酬改定の際にもいろいろな要望をしたが、団体を代表する立場で改定作業に本格的に関わることになったのは04年改定以降だ。その後15年10月から中医協委員を務めている。

—過去の改定で印象に残ることは。まず04年改定から。

今思えばこの時の改定はかなり大きなことを動かした。

一つは「亜急性期入院医療管理料」がこの時できしたことだ。これが現在の「地域包括ケア病棟」につながる発端である。今や地域包括ケア病棟は8万床にも増えようとしているが、その基礎を作ったのがこの「亜急性期入院医療管理料」だった。

02年ごろだと記憶しているが、高齢者が増加する中で、地域に根差して中小病院が頑張って高齢者を受け入れるという概念を「地域一般病棟」と名付けて、全日病としての提言をまとめ発表した。その考え方方が、04年改定における「亜急性期入院医療管理料」の新設につながった。

04年改定では、医療技術、コスト、DPC、慢性期入院医療に関する分科会を中医協に設置した。この時以降、医療区分やADL区分の作成やDPCの見直しなどはこれらの分科会で行われることになった。そういう意味で非常に思い出深い。歴史的にも04年改定は非常に大きな節目であった。



猪口雄二・全日病会長

史上最大のマイナスとなった06年改定 【麦谷眞里課長】

—7対1を導入した06年改定について。

06年改定はやはりすごい。何といってもマイナス3.16%という改定だったことだ。06年は小泉純一郎首相（当時）の改革が本格的に動き出す中で、当時の医療課長もこのかつてない大幅なマイナス改定をよく切り抜けたものだと思う。

06年改定はまず初の大改定といふことがあって、さらに看護人員配置で7対1を入れたことが特筆される。2人夜勤が入ったのもこの時、療養病床にADL区分と医療区分を入れたのもこの改定だった。

さらに、介護療養病床の廃止を介護の方で決めると同時に、医療療養病床の25対1を6年後に廃止することを決めたのもこの改定だった。

7対1もその後多くの論議が費やされたし、療養病床の廃止に関してはそれから12年かかってやっと18年に行われた。

この時実施された中医協改革もすごかった。日病協ができたのもこの年だ。中医協委員に病院代表を2人出すというのが決まったのが05年で、

それに呼応する形で06年改定を協議する中医協に初めて日病協から病院の代表が2人入ることになった。

06年改定というのは、診療報酬体系に関して今に至るものすごい影響を与えてると思う。04年改定で将来への礎を作つてさあ行くぞというところで、7対1をはじめとした大きなインパクトのある改定によって、その後に議論を大きく変える結果になった。

**「後期高齢者診療料」新設した08年
プラス改定続いた10年、12年
【原徳壽課長、佐藤敏信課長、鈴木康裕課長】**

—06年改定の衝撃を引き継ぐことになったのが08年改定だが。

「後期高齢者診療料」「後期高齢者終末期相談支援料」が新設されたことを鮮明に覚えている。「後期高齢者診療料」は包括点数で、患者さんの主治医として管理したら600点、月1回取れるというものだった。「後期高齢者終末期相談支援料」(200点、1回に限る)は、今でいう人生会議、ACP(アドバンス・ケア・プランニング、終末期医療)と同じように、状況に応じて積極的な治療は同意の上で控える、という考え方で全日病でもプロトコルを作成したが、これについて当時野党だった民主党が問題だと取り上げ、改定後3カ月で凍結された。これらは10年改定でいずれも廃止された。

いまはACPという概念で盛り返してきたが、これを10年前にやったということはすごいことだったと思う。ただ、世の中が受け入れるタイミングではなかったということだろう。

10年改定は民主党政権による初の改定で、医療崩壊が叫ばれた頃だった。急性期に積極的に点数を付けたのがこの時だ。急性期病院は06年改定で利益がなくなっていたが、ここで大きく上がった。

その後12年改定もプラス改定で、この時も急性期を厚くしている。改定自体は急性期の評価を継続し、その他いろいろな整理をしたという印象だ。重症度、医療・看護必要度もそれまではなかった。DPCも整備されてきて、7対1でDPCをやるとそこそこの利益が得られるようになってきたのがこの頃だ。

**消費税率引き上げの14年と全体整理の16年
【宇都宮啓課長、宮寄雅則課長】**

—14年、16年改定の印象は。

14年改定は消費税率8%への引き上げと同時だった。今でも覚えているが、ぎりぎりまで計算式が出ず、初診料、再診料に上乗せすることが決まったものの、このとききちんとした計算ができないかった。この時の計算間違いがあったために、今回の消費税率10%への対応では、いったん5%に戻した上で10%にするという大変な作業をすることになった。

改定項目で大きかったのは、「地域包括診療料」が新設され、「地域包括ケア病棟」ができたことだろう。

04年改定で新設された「亜急性期入院医療管理料」から発展して、地域包括ケアシステムの中で「地域包括ケア病棟」として診療報酬で位置付けられることになった。

また、この時は「かかりつけ医」という言葉は使っていないが、主治医機能を評価する点数として「地域包括診療料」ができた。

その後の16年改定は、10年改定と同様に全体を整理してまとめていた印象だ。私が中医協委員になったのが15年10月からなので、中医協委員としては最初の改定になった。日病協が出たいろいろな要望について、かなり採用してくれた唯一の改定だった。

この時に、回復期リハのアウトカム評価としてFIM利得を入れたのは大きかったし、今につながる流れを作った。

**医療課の強い意欲を感じた18年改定
【迫井正深課長】**

—そして18年改定が実施された。

18年改定は大きい流れを変えるのだという医療課の強い意欲を感じた。最初に、急性期と慢性期、さらに真ん中を作り、もし高度急性期を作つたら、これは地域医療構想そのものと言わざるを得ない。25対1の療養病床がいよいよなくなることから、入院医療の評価体系をまとめ直すとい

うことでいろいろなことが実施された。

急性期入院に大きく手を入れ、7対1と10対1をまとめて、急性期一般入院料2と3を作った。また、重症度、医療・看護必要度のⅡ「診療実績データによる評価方法」を作ってDPCデータを使えるようにした。

回復期リハでは、FIM利得実績指数37以上で「入院料1」2085点(2025+60)という大きな加算を付け、地域包括ケアにも在宅医療とか介護サービスなどをやると実績加算が付くようにして階段状に並べた。

在宅復帰率の計算の仕方を変えて、例えば地域包括ケアから加算ありの老健とか療養病床に行った場合は在宅復帰として認めなくなった。この変更で老健は現時点ですごく苦労しているのではないかだろうか。

20年改定に向けては、急性期を並べた場合に7対1をどうするかが焦点になる。われわれは、全部10対1で重症度によってそれぞれ人が配置できるようにしたほうが良いと主張するが、日本看護協会は7対1をなくすことには強く反対するだろう。オンライン診療についても、18年改定は普通の診療をオンライン化するという話になったが、そうではなくて、まずやるべきは遠隔地、離島などのオンライン診療なので、そこについて対応しなければならないと思っている。

付け足し付け足しで一貫性欠く診療報酬

—これまでの経過を振り返って、医療課長や医療課の機能についての見解は。

医療課で筆頭補佐をやり、その後医療課の企画官を経験した人が大体医療課長になっている印象だ。医療課の医系筆頭補佐が実質8割程度改定の中身を差配するとも言われるので、筆頭補佐の経験がないと改定の本筋が分からぬことかもしれない。もちろん最終的には課長の方針が鍵を握る。これまでも、それぞれの課長が、財務省や政治家などさまざまな圧力の中で、改定で何をするか考えてこられたと思うし、皆さん大した人たちだなと思う。

—診療報酬の改定プロセス、制度の在り方につ

いて感じることは。

2年ごとにその時の医療課とか政治情勢で診療報酬改定が行われるので一貫性がない。2年に1回では変えられることも限られてくる。だから2年ごとに付け足し付け足しにならざるを得ず、結果、診療報酬点数本はあんなに分厚くなっている。

これでいいのか、というのが正直な感想だ。もう皆ついていけないところに来ているのではないかと思う。診療報酬改定の度に簡素化が重点項目に挙げられながら、実際は反対にますます複雑になり点数本の厚みは増すばかりだ。

将来的な方針を固めて長期計画を作りながらこの2年間で何をやるかを決めていかないと、日本の診療報酬は変わらないと思う。

効率性導入し、 病院が自主的に行動できる診療報酬に

—将来に向けた課題にどう取り組むか。

ここから日本は人口が減る。働き手が減るということを前提に医療も介護もモノを考えなくてはいけない。230万人いたわれわれの同級生が、今は(年間出生数が)100万人もない。そういう人口構造の中で医療をどうするかということが大きな課題だと思っている。

診療報酬においても効率性を求めるべきだ。中医協委員としては20年改定が最後になるので、いかに効率的な病院運営ができるような点数を作るかということを中医協で言い続けようと思っている。医師や薬剤師、看護師等の専従要件をどうするかなど、少しでも病院が効率的に運営できるようにしないと立ちゆかなくなる。医師の働き方改革への対応もあるし、医療が高度化している中で医療従事者数が減り、若者が減っても病院は機能し続けなければならない。その時に、診療報酬がどうあるべきかという話だ。そういうことを診療報酬で具現化していかなければ意味がない。

医療現場は、点数とかストラクチャーを追いかけることに必死になっている。それでは医療は良くならない。医療の質を上げながら運営するにはどうしたらよいか、それぞれの病院が自主的に考えられるシステムを構築しなければならないと思っている。