経済教室

診療報酬を考える㊦

在宅医療の促進に限界

終末期ケアに基準を

問われる「治療中止」の判断

ポイント

- 地域ケアを重視する改定の方向性は妥当
- 家庭や地域の体制整わず、根強い病院依存
- 終末期のルールや慣例、ドイツなどに先例

河口 洋行　成城大学教授

2014年度の診療報酬改定が3月5日に厚生労働省より告示された。診療報酬とは医療サービスの公定価格のことで、2年ごとに大幅に見直しする。この報酬改定は、医療政策における最も強力な手段の1つであり、以下の2点の効果が期待される。

第一に総額医療費の伸び率を事前に決定し、医療費を制御する効果である。第二に総額の制約下で、個別の医療サービスの相対的な価格を変化させ、供給される個別サービスの量を変化させる点である。ただし第一の医療費抑制効果は限定的である。00年度から現在まで6回の改定をみると、1年目に効果は認められるものの、2年目以降は年率3%程度の自然増に戻っている。これは価格だけを引き下げても数量が増加すれば、効果が相殺されるためだ。

本稿では第二の効果に焦点を当て、今回の改定の方向性や効果の大きさについて医療経済学の立場から論じたい。

先進国では高齢化による費用増加は財政上の最大の問題である。医療経済学の国際的な論争から、高齢者では手術などの急性期医療費よりも、生活習慣病などの慢性期医療費・介護費用の増加が大きいことが分かってきている。

このような視点から今回の報酬改定を先進国が持つ共通の医療介護制度の将来ビジョンと比較しながら評価してみよう。筆者らは11年から13年にかけてドイツ、米国、デンマーク、フィンランドの4カ国を調査した。その結果、急性期医療では、病床を集約化し人員配置を厚くすることにより、入院期間の短縮と病床回転率を向上するという効率化策が取られていた。

短期間で退院する患者は早期に集中的なリハビリを受ける。特に高齢者にとって早期のリハビリにより生活不活発病（廃用症候群）を防ぐことは、慢性期医療費や介護費用を節約する効果も期待できる。その後、住み慣れた地域に戻り、在宅で医療・介護サービスを受けられる地域ケア体制に受け入れられる。

この病院主体から地域中心への体制移行のためには、居宅で医療・介護サービスを24時間受けることができ、看取り（みとり＝終末期ケア）までできることが鍵となる。

それでは今回の改定の具体的な変更項目を3点みてみよう。第一に、手術件数が多く高度な救急医療を実施する高度急性期病院の入院サービスの価格を引き上げる。第二に、退院した患者を受け入れる病院ではリハビリを強化し、一定数の患者を地域に戻した場合には価格を引き上げる。第三に、在宅医療を担う医療機関や訪問看護ステーションに対し、24時間対応や一定数の看取りを行うことを条件に公定価格を引き上げる。

3点の改定の方向性は先進国共通の将来ビジョンに沿っており、妥当であると評価できる。次に、その効果の大きさは、わが国が高齢化のピークを迎えるまでに体制を整えるのに十分であろうか。

実は地域ケア体制の重要なパーツである在宅医療は1980年代から延々と推進政策が続けられている。30年経過した11年時点で在宅医療を利用しているのは1日当たり17万人で、24時間対応を条件とすると、さらに少なくなる。

65歳以上の高齢者数が2980万人規模であるのに比較すると割合は非常に小さい。現状では24時間で往診をしてくれる医師をみつけるのは一部の都市部を除いて難しい。それでは、なぜ報酬改定を繰り返しても、効果が限定的なのであろうか。理由として以下の3点が考えられる。

第一に公定価格を引き上げても、代替的なサービスと比較した相対価格が低ければ、供給量の増加が見込めない点である。例えば、看護師は病院から訪問看護ステーションに転職すると給与が激減する。サービス価格を引き上げても、給与差が残れば、地域ケア体制の要である看護師が病院から訪問看護に大きく移動することは考えにくい。

第二に、医療機関が自分の利益を優先する機会主義的な行動を取ると、政策効果が見込めない点である。例えば、06年度の報酬改定では看護師の配置人数を厚くした病院の入院サービス価格を引き上げた。これは濃密な人員配置により病床の回転率を高めて急性期医療の効率化を進めるためであった。しかし、増員という条件を満たして増収を確保しても、効率化を実施しない病院も多かった。

診療報酬制度では、一定の条件を満たすとより高い公定価格が適用される場合が多い。これらの条件は、人員確保や設備投資などの構造要因にとどまっており、実質的な品質向上や効率化を確保するまでに至っていない。

第三に、非価格的な要素がボトルネックになる点である。地域ケア体制では、24時間化やサービス量が十分でないと、知識のない家族が対応を担う。介護施設でも、少しでも問題が起これば、救急車を呼びがちである。受け入れた救急病院は、症状が安定すれば他の病院か介護施設に受け入れを要請する。

すると在宅での生活を望んでも、問題が起これば「救急車―病院―施設」の輪に入り、容易には抜け出せなくなってしまう。このままでは診療報酬を引き上げて病院から地域に患者を戻しても、また救急病院に舞い戻る悪循環が続く。

筆者は在宅での看取りを促進する仕組みがビジョン達成の鍵だと考えている。在宅で病院と同水準の終末期医療を受けることは困難である。いつかの時点で「救命・治療重視」から患者の「生活の質（QOL）重視」に転換する必要がある。この切り替えの「スイッチ（転換する仕組み）」とその「スイッチを押す人（意思決定者）」が誰かは、国民の価値観（死生観）により決定されるべきである。

例えば、ドイツでは連邦医師会の終末期に関する事前ルール（ガイドライン）に治療の差し控え・中止の判断基準という形でスイッチが設置されている。具体的には「治療効果が望めない場合には、全ての選択肢を患者に説明した上で、治療の差し控えか中止を推奨する」と定められている。患者は、医師の提案に同意することでスイッチを押す。ガイドラインに従っている限り、医師は連邦医師会により法的に保護される。

デンマークでは、加齢で身体が衰弱したり栄養摂取が困難になったりした場合がスイッチである。スイッチを押す人は、患者や家族と信頼関係がある総合診療医（GP）である。ドイツのようにルールがなくても問題が起きないのは、老衰などに積極的治療を行わないという社会的合意があるためと考えられる。

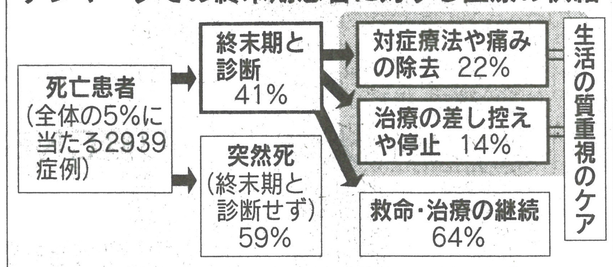
03年に医学雑誌ランセットに掲載されたロッテルダム大学のハイデ医師らの研究によれば、デンマークで終末期と診断された場合は、若年者も含めた全体の約3分の1で、QOL重視への切り替えが実施されている（図参照）。

米国では高齢者向け公的医療保険（メディケア）に「ホスピス給付」というスイッチが導入されている。医師に余命半年と診断されると、従来通り治療を続けるか、ホスピス給付でQOL重視に転換するかを患者が選択できる。このスイッチを患者が押すと患者負担はほぼ無料になり、必要であれば家事ヘルパーやカウンセラーも利用できる。

日本の現状では、このようなスイッチやそれを押す人が曖昧である。今回の診療報酬改定の効果を十分なものにするためにも、医療の目的を転換する仕組みや意思決定の担当者を明確にする必要がある。その際には、これまでのように精神論に流れず、ハイデ氏らが研究で示したように終末期の現状をデータで把握して検討の共通認識とすべきである。わが国が高齢化のピークを迎える25年まであと約10年。残された時間はそれほど多くない。

かわぐち・ひろゆき　65年生まれ。一橋大博士（経済学）。専門は医療経済学

デンマークでの終末期患者に対する医療の供給



（注）ハイデ医師らの分析から筆者作成。2001年6月～2002年2月に発生した1歳以上の死亡患者を対象に、全体の5%を死亡原因疾患で層化抽出