



迫井正深

氏 ● 厚生労働省保険局医療課課長

診療報酬改定の前提にある
「医療は社会とともに歩む」

「惑星直列」と呼ばれる一連の医療・介護政策の論議のなかにあって、その中核と言える2018年度診療報酬・介護報酬同時改定。その陣頭指揮を執るのが厚生労働省保険局医療課の迫井正深課長だ。今回の「高橋Tai談」では高橋泰国際医療福祉大学福祉医療政策学部学部長が迫井課長を訪ね、現在の診療報酬改定作業の進め方や医療政策における位置づけ、役割などについて話を聞いた。

撮影=関口宏紀

「医療政策が先行、診療報酬で肉づけ」が定着

高橋 迫井課長は現在、保険局医療課長として2018年度診療報酬改定の実務を担当していますが、これまでに老健局老健課長、医政局地域医療政策課長を歴任されており、現在進行している社会保障政策の要役の一人と言えます。診療報酬改定も複数回、担当していますね。

迫井 これまで4回、診療報酬にかかわってきました。まず、入省時に医療課指導監査室に配属されたのですが、1993年の年始から夏までの間、医療課本課のサポート役になり、この時は同年度の医療法改正対応の改定に携わる機会を頂きました。次は2000年度改定の時で、介護保険制度立ち上げと同時に行われたもので、入院基本料や回復期リハビリテーション病棟入院料の新設、国立病院等10病院でのDRG試行等がありました。その後、09年秋から12年夏まで保険局医療課企画官を務め、この間に2回の改定にかかわっています。

高橋 最近の診療報酬改定の特徴として興味深いのは、医療法改正や地域医療構想など医政局が先に

制度をつくり、保険局が診療報酬改定によってしっかり制度の肉づけをするというプロセスが確立されつつあることだと思えます。以前は診療報酬が先行し、つじつまを合わせるように制度が追いかける印象でした。

今回の診療報酬改定は3度目の介護報酬との同時改定ですが、06年度の同時改定では療養病棟の評価に医療区分、7対1入院基本料が新設され、在宅療養支援診療所が入り、機能分化の推進と連携・在宅を重視した大改定でした。その翌年、機能分化と在宅を重視した第5次医療法改定が施行され、06年のダブル改定に制度が整合性をとるよう変わりました。一方08年に示された社会保障国民会議の最終報告書が25年の医療の提供体制のシミュレーションを行い病床の機能分化を強く打ち出したあたりから潮目が変わり、12年度の同時改定は社会保障国民会議の流れをしっかりと受け止めた機能分化などを念頭に置いた改定内容でした。

12年度同時改定を25年に向けた「ホップ」、18年度同時改定を「ステップ」、24年度同時改定を「ジャンプ」と位置づけているとも聞きますが、医療政策の一環として診療報酬改定が機能しているように映ります。

迫井 医療・介護の需要への対応策が変わってきたことが一因に挙げられるでしょう。基本的な考え方として、医療法をはじめ衛生法規で医療提供体制を規定しています。それらはあくまで最低基準を定めたもので、医療機関の機能や医療サービス展開の方向性を定めたものではありませんでした。最低基準を前提として、現場での先進事例が先行、その実態に応じたいろいろな取り組みを診療報酬で評価し、全国展開を促すという順序です。

ところが2000年の介護保険制度創設あたりから、医療のさらなる発展や進化・分化には構造改革や医療の体制転換が必須という共通認識が浸透していきました。そこで4疾病5事業のように、医療法にも手をつけ、医療の分化・連携を法体系のなかで位置づけて現場の体制づくりを進めるようになってきました。医政局の動きが

目立つようには見えるのは、そうした理由からではないでしょうか。DPC導入に伴って医療情報の共有が進んだことも大きいでしょう。エビデンスの蓄積が進み、現場リソース配分の手法も進化しました。

そのなかで診療報酬のあり方、位置づけも、より進化した舵取りが求められているのです。これまでの現場展開への報酬設定重視とともに、財政・マンパワーの制約を考慮しながら、一方で医療サービスの質も上げていかなければならない。こうなると医療提供の体制転換が不可避であり、それを後押しする政策としての役割が求められているのです。

中医協でも

PDCAサイクルが回っている

高橋 18年度改定は取り組みべき課題がたくさんありますが、地域包括ケアの充実や地域医療構想の実現など、方向性はかなり明確になっていますね。

迫井 診療報酬改定は、基本的に「2年間」という枠組みのなかで報酬を設定する作業であり、自分の担当した期間の仕事が将来の政策展開の足かせになってはいけません。

という思いもあります。ただ、ある程度の方向性が見えている以上、中長期的な方向を打ち出し、18年度から2年間の診療報酬にとどまらず、その先の大きな方向性についての確認もできるような内容にしていきたいと思います。

高橋 改定内容にも一貫性があるように見えます。

迫井 中央社会保険医療協議会(中医協)の役割も大きいでしょう。中医協の資料がデータ、エビデンスを重視するようになってくるとの評価を頂いていますが、政策的な資産を蓄積、共有しながら進めていることが背景にあります。これに伴ってPDCAサイクルを回せるようになり、スピード感、課題設定、情報共有のフレームワークも洗練されつつあります。改定作業の進め方・全体像は概ね、関係者と共有されてきているように思います。

医療介護担当部署の連携は昼休みにつくれる

高橋 今回の改定は俗に「惑星直列」と言われるなど、第7次医療計画、地域医療構想、介護保険法改正など、さまざまな政策とともに進められていますが、それらがき



さこい・まさみ ● 1989年、東京大学医学部医学科卒業。東京大学医学部附属病院、虎の門病院等で外科臨床医。92年、厚生省入省。厚生省保険局医療課、同大臣官房国際課、同厚生科学課、環境庁環境保健部、労働省安全衛生部等に配属。この間の95～97年、米国ハーバード大学公衆衛生大学院留学(MPH取得)。2006年、広島県福祉保健部長(在任中、健康福祉局長に改組)。09年10月、厚生労働省保険局医療課企画官。12年9月、同老健局老人保健課長。15年10月、同医政局地域医療計画課長。16年6月より現職

「日常生活を医療が支える」という視点が重要になる(迫井)

くなりました。

こうした工夫で、方向性についての認識共有はかなり進んでいますが、よく「縦割り」の弊害が指摘されますが、権限や責任、予算の根拠を明確にするうえで「縦割り」は必要だと思えます。問題は縦割りが横につながっていないことであり、それを解消する工夫こそ求められているのだと思います。

「医療の高度化」に公的給付でどう対応するか

高橋 今回の同時改定が直面しているもう一つの大きな問題が「財源」です。消費税率の引き上げが延期されたこともあって、何か新しいことを始めるなら、何かを削らないといけない可能性が出てきています。巷では財源も厳しい状況だし、新しいことには取り組めないのではないかとという声があります。

迫井 財源が大きいほどいろいろな政策を展開しやすいことは事実ですが、医療政策に求められるのは、新しい医療技術を評価して点

数を加えることだけではないと思います。医療提供のための基盤となる体制を転換させるために評価の軸足や考え方を少しずつ変えていくことは、財源の多寡によらず取り組まなければいけない。人員配置を基軸とした入院基本料の考え方や評価の視点は、議論の余地が大いにあると思っています。

高橋 医療の高度化との兼ね合いも課題です。財務畑の人たちと医療費の話をする時、「総額〇〇単価×量」という表現が出てきます。量の伸びはそれほどでもないけれど、単価が予想以上に伸びていると。これはオブジーボが典型例ですが、高価な医薬品や高度な検査など医療の高度化が背景にありそうです。現在、高齢化を背景に量の増加が議論されることが多いけれど、私は単価の上がり方のほうが問題ではないかと思っています。

迫井 医療費の適切なコントロールが皆保険制度の持続につながる、というのは誰もが同意できると思いますが、社会保障の年金、医療、

ちんと連動していますか。

迫井 「医療・介護政策の感宣直列」は鈴木康裕・保険局長がわかりやすい例えとしてよく使う言葉です。そして、私はさらに注釈として「最後の『感宣直列』のような意味合い

だと解説しています。医療と介護のさまざまな政策は基本的に連動して行われるべきで、「感宣直列」のように、めったに起きないのは良くない、という認識から制度改正で関係制度の計画期間をシンクロさせました。その意味では18年『感宣直列』は今後、定期的に起きていく」というふうに変更されるこ

とになります。

高橋 医療と介護の政策担当者の情報交換は、どの程度の密度で行われているのでしょうか。

迫井 医政局、保険局、老健局の連携を進めるための組織をつくりましたし、現在、昼休みはほとんど「会議の時間」になっています。業務時間はそれぞれの局内で仕事があり、皆の時間が空いているのは昼休みということ、部局長級から係長級まで、皆が他局の職員と昼食をとりながら議論しています。私自身、昼休みに外に出て一人で昼食をとることはほとんどな



たかはし・たい ● 1986年、金沢大学医学部卒業。同年、東京大学病院第1第3第2内科・麻酔科で研修。92年、同大学医学系大学院医学博士課程修了（医学博士）後、米国スタンフォード大学に留学。94年、ハーバード大学公衆衛生校に武見フェローとして留学。97年4月より国際医療福祉大学医療福祉学部医療経営管理学科教授、2009年から同大学院教授、16年より同大学医療福祉学部長・教授。主な著作に「TAI高齢者ケアプラン・ビジュアル作成」（日経BP社、共著）、「DPC実践テキスト」（じほう、共著）ほか。

介護のうち、医療は特にコントローラが難しいのです。年金は給付を一定の範囲内に収める仕組みができましたが、医療は提供サービスの變動や進化があり、それほど単純ではありません。公的医療保険は提供される医療給付に公費も並走することを前提としており、年度末あたりに「予算枠を超えたので、もう公費は出しません」とはならない。そのなかで、自然増の問題はかねてからありましたが、技術の進歩を公的給付のなかでどう位置づけるか、という課題が顕在化しているのです。この問題は、本来は価値

観や社会全体の支払能力を加味して総合的に考えるべきでしょう。

つけ加えると、これは医療専門職によるサービスの構造転換とは別の議論だと思います。将来の人口構成から医療の必要量が推定できる、という部分と、革新的だが高額な技術に対する需要と供給は、本来分けて考える必要があるでしょう。

「医療は社会とともに歩む」が議論の出発点になる

迫井 医療費の問題を考える際は、前提として「医療は社会とともに歩む」ことを念頭に置く必要があると

思います。社会情勢や負担能力に医療も歩調を合わせなければならぬ。従来から医療については「必要なものは、とにかく提供する。お金は当然、ついてくる」という発想になりがちでした。高度経済成長期と重なって皆保険制度がスタートし、人口ボーナスとともに

社会の負担能力も高い、という恵まれた条件が医療の量的整備を後押ししてきました。そのような状況下では、報酬のあり方も出来高払いや人員配置に基づく評価が適していました。社会情勢は大きく変化しています。今後の社会の歩みに相応しい評価のあり方を模索しなければなりません。

高橋 就労人口の減少がある一方で、ITの劇的な進化も見られます。これらを背景に仕事の進め方は大きく変わりそうです。

迫井 医薬品とか医療機器ばかりではなく、サービス提供のオペレーションについて、その改善や新しい手法の導入、いわばマネジメントにおけるイノベーションこそが

期待されていると言えるのではないのでしょうか。そして、そこでも「社会とともに歩む医療」が出発点になるように思います。特に、社会の高齢化に対応した「日常生活を医療が支える」という視点が重要になる

と思います。たとえばリハビリテーションも「回復期のリハビリ」「生活期のリハビリ」と分けて考えるのではなく、生活を支えるためのリハビリを皆で考え共有したうえで、それぞれが連携して提供する、という発想が求められているし、提供体制もこのような視点を念頭に置く必要があるでしょう。

高橋 急性期の医療提供でも「生活を支える」という視点が求められており、それに応じた仕事の進め方が必要になりそうです。病院運営でも、従来であれば自院内での医療提供だけを考えていれば十分でしたが、今では「地域全体」を見据える必要があるし、診療報酬もそうした取り組みを評価するようになっていくのでしょうか。本日はありがとうございました。

診療報酬改定で制度の肉づけするプロセスが確立されつつある（高橋）