

経営情報レポート

改定の予測と示された論点

2010年

診療報酬改定の行方と対応



- 1 2010年度診療報酬改定の論点
- 2 急性期および亜急性期・回復期病床の改定予測
- 3 療養病床と精神科をめぐる論点と改定予測
- 4 診療所に関わる改定予測と対応策



1 | 2010年度診療報酬改定の論点

民主党の社会保障政策からみる次期診療報酬改定のポイント

民主党が公表したマニフェストおよび政策集に記載された項目は、今後4年間をかけて実行すると明言されていますが、新政権下の医療政策のうち、最も早く実施される大きな項目が次期診療報酬改定です。

従来示されていた医療政策の方向性については、新政権のもとで修正、ないしは撤回される項目も明らかになっており、これに関連して次期診療報酬改定項目に反映される分野があることも予測されます。

医療政策に関する自民党と民主党のマニフェスト比較

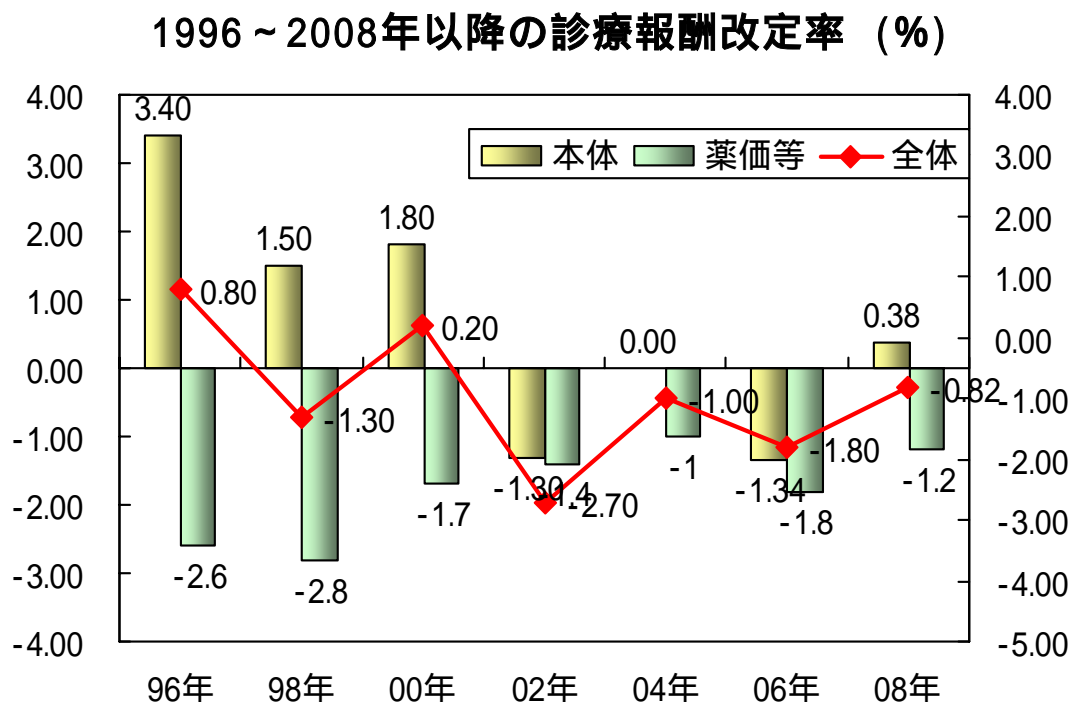
項目	自民党	民主党（政策集 INDEX 含む）
財源	消費税引き上げ等により「中負担・中福祉」の社会保障制度を構築	社会保障費 2,200 億円削減方針は撤回
診療報酬	救急・産科をはじめとする地域医療の確保に向けて <u>プラス改定</u> を実施	医療従事者の増員に努める医療機関の診療報酬（入院）の増額
後期高齢者医療制度	現行の枠組みを維持しながら改善・見直しを行う	廃止し、被用者保険と国保を段階的に統合
療養病床削減	療養病床再編成を適切に措置	当面の間、療養病床削減計画を凍結
外来管理加算		時間要件はなじまないことを踏まえて撤廃

前政権下で提示されていた2010年診療報酬改定のスケジュールでは、2009年11月までに改定に係る基本方針の社会保障審議会における審議を終え、内閣による予算編成過程で12月末までに改定率を決定する見込みとなっていました。しかし、中医協委員構成の見直しなどの影響もあり、2010年4月改定は困難なのではないかという意見が一部報道されている状況です。

(1) 医療費削減策の転換と診療報酬改定率

社会保障費の削減方針を撤回し、これまでの医療費抑制策を転換する方向性が示されたことで、次期診療報酬改定率もプラスとなるのが確実であるという現在の予測ながら、その財源について懸念する声もあります。

近年の診療報酬改定率の推移



一方で、2007年度の国民医療費は、前年度に比べて3%増の34兆1360億円と過去最高の数字を示しました。

一人当たりの国民医療費も3%増の26万7200円で過去最高となったほか、国民医療費に占める65歳以上の比率は52%となり、前年度を0.3%ポイント上回っています。さらに、国民所得に対する国民医療費の割合も9.11%増加（対前年比0.24%増）し、過去最高となりました。

医療費の財源は、公費（税）、保険料、患者負担の3つです。これらを誰が、どのように負担するのかが、現在直面している課題です。

医療費抑制策を改める以上、今後の社会保障政策は、単なる前政権へのアンチテーゼではなく、保険財源を明確にしたうえで、制度設計の概要を示すというビジョンが必要なのではないかといえます。

(2) 2010年診療報酬改定で注目すべきポイント

2010年度診療報酬改定に向けて、注目すべきポイントは次のような点です。

次期診療報酬改定の注目ポイント

プラス改定は実現するのか
医療崩壊への対応はどう具体化されるのか
診療所の評価はどのように取り扱われるか
DPCの新機能評価係数はどうなるのか
在宅関連点数への追い風

次期診療報酬改定に向けた基本的な考え方とは

厚生労働省は、中医協審議会において検討項目として掲げられたものに関し、各項目について具体的な論点として提示しています。

これらを踏まえて、社会保障審議会は、次期診療報酬改定の基本方針を下記のように示しています。

2010年改定の基本方針（本年11月16日 社会保障審議会医療保険部会）

1. 重点課題

- (1) 救急、産科、小児、外科等の医療の再建
有床診療所も含めた地域連携による救急患者の受け入れの促進 等
- (2) 病院勤務医の負担軽減策の充実（医療従事者の増員に努める医療機関への支援）

2. 4つの視点

- (1) 充実が求められる領域を適切に評価していく視点
- (2) 患者からみてわかりやすく納得でき、安心・安全で、生活の質にも配慮した医療を実現する視点
- (3) 医療と介護の機能分化と連携の推進等を通じて、質が高く効率的な医療を実現する視点
- (4) 効率化の余地があると思われる領域と適正化する視点

出典：平成21年11月16日第34回社会保障審議会・医療保険部会

2 | 急性期および亜急性期・回復期病床の改定予測

急性期およびDPC病院に関する改定予測

急性期病院については、いまやDPC算定病床が一般病床の5割を超える状況となり、今後はDPC対象病院そのものを意味するようになります。つまり、診療報酬においても、DPCに関わる論点が、急性期病院をめぐる論点といえます。

よって、急性期、すなわちDPC対象病院に対する評価の重要ポイントとしては、次のような点が挙げられます。

急性期 ~ DPC対象病院の重要ポイント

調整係数の
段階的廃止

新しい
機能評価係数の導入

(1) 経営指標が示す急性期病院の経営実態

医療経済実態調査結果によると、本年6月単月での一施設当たりの収支差は、「一般病院」がマイナス4.5%となっており、前回調査(2007年6月実施)におけるマイナス5.0%から、赤字幅が縮小しています。また「精神科病院」では、4.1%の赤字から0.1%の黒字に回復しました。一般病院の収支差を開設者別にみると、15.5%の赤字(前回18.0%赤字)を示した「公立」の窮状が際立っており、医業・介護収益のうち60.5%の割合を占める人件費が経営を圧迫する結果となっているとみられます。つまり、地域の急性期医療を担っている公的病院の経営状況が厳しいという現実を表しています。

一方、厚生労働省による病院経営管理指標においては、病院機能別にみると、急性期である一般病院の医業利益率が最も低いという結果になっています。

このような背景もあって、診療報酬改定における急性期医療を担う一般病院に対する評価の重視が明示されており、民主党のマニフェスト、および政策集にも示されている項目です。

2007年病院経営管理指標(医療法人)

(病院数：件)	一般病院 (232)	ケアミックス (246)	療養型 (171)	精神病院 (146)
医業利益率(%)	2.0	2.8	5.9	3.6
材料費比率(%)	20.2	16.0	9.3	11.3
医薬品比率(%)	12.0	9.6	5.2	7.5
人件費比率(%)	52.7	56.7	58.7	62.4
常勤医師人件費比率(%)	8.1	7.5	5.2	6.4
常勤看護師人件費比率(%)	16.6	17.7	17.5	26.0
常勤その他職員人件費比率(%)	13.1	16.4	20.1	16.1
常勤医師一人当たり人件費(千円)	15,123	15,171	13,134	15,079
常勤看護師一人当たり人件費(千円)	4,898	4,678	4,854	4,808
職員一人当たり人件費(千円)	6,277	5,494	5,093	5,327
職員一人当たり医業収益(千円)	12,144	9,855	8,769	8,606

出典：厚生労働省「平成19年病院経営管理指標」より抜粋

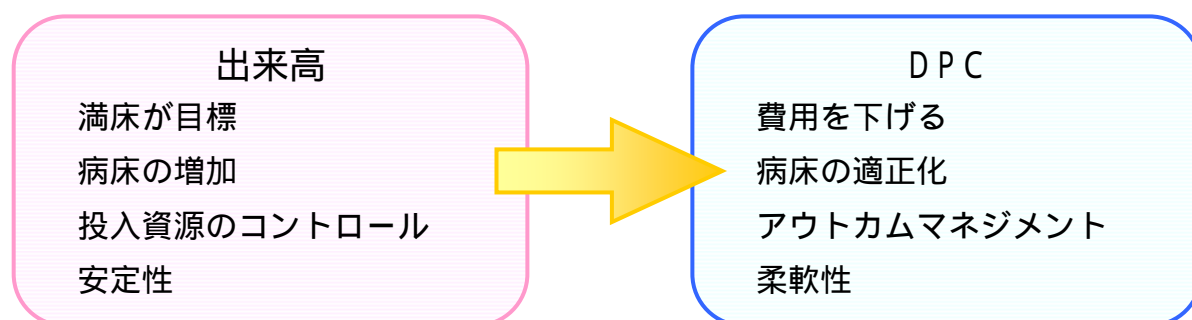
(2) DPC対象病院の新機能評価係数への対応

DPC対象病院としては、新たな機能評価係数への対応として、第一に正確なデータ提出が求められるばかりではなく、効率性指数(全病院のALOS/自院のALOS)が導入された場合には、稼働率を優先してきた病院では戦術変更が必要になります。

そのほかに急性期病院として当たり前に求められる点は当然ながら、DPC出来高部分の点数アップを図るために、医学管理やりハビリなどの完全実施と算定の徹底に取り組まなければなりません。

ただし、先駆的DPC病院では、自院が取り組んできた活動に対して後から点数がついてきている状況でもあり、今後も点数の後追いは必要ありません。

出来高とDPCのマネジメントの違い



亜急性期・回復期病床の論点と改定予測

(1) 亜急性期病床に関わる評価の行方

2008年診療報酬改定においては、新たに「亜急性期入院医療管理料2」が創設されました。従来型の「亜急性期入院医療管理料1」では、病床数が一般病床の1割に制限されていますが、同管理料2では一般病床の3割まで届出が可能とされました。

亜急性期入院管理料1・2の比較と届出状況

	亜急性期入院医療管理料1	亜急性期入院医療管理料2
点数	2050点	2050点
対象病院の許可病床数	規定なし	200床未満病院
算定期間	90日間限度	60日間限度
算定病床数の上限	一般病床の1割	一般病床の3割
患者の条件	特になし	7対1、10対1等からの転院・転床、かつ、疾患の主たる治療開始日より3週間以内が3分の2以上
2008年届出状況 病院数(件)/病床数(床)	1017 / 11,951	45 / 900

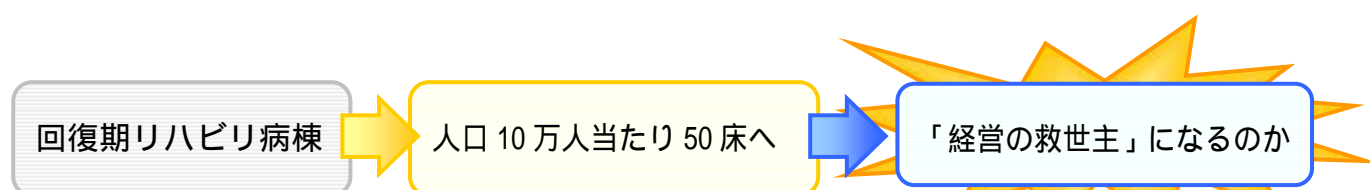
上記入院管理料1および2は同一点数となっていますが、これは財源が確保できなかったためと推測されます。したがって、より多くの病床で算定できる同管理料2を目指したい病院は、1よりも要件が厳しいために、届出病院数もまだ少ない状況にあります。

(2) 回復期リハビリ病棟におけるアウトカム評価継続

回復期リハビリ病棟は、2008年改定において質の評価概念が導入されました。

しかし次期改定では、同入院料1の基準を満たさない場合に算定できる救済的措置であった「回復期リハビリテーション病棟入院料2(1,595点)」について、どのような改定がなされるのかに注目が集まっています。

回復期リハビリ病棟の大きなメリットとしては、経常利益率の高さ(トップランナーで10%前後)にあります。また病床稼働率が確実にアップする一方で、看護配置は15対1でよく、変動費も低いために、「病院経営の救世主になるのか」という期待が寄せられている一面があるのです。



3 | 療養病床と精神科をめぐる論点と改定予測

次期診療報酬改定と療養病床再編見直しとの関連

療養病床については、先に療養病床再編計画の見直しが明示され、従来のように療養病床からの転換を誘導する点数配分が改められるのではないかという意見もあります。

したがって、療養病床をめぐる注目すべきなのは、療養病床削減策凍結方針の反映とQ I(質の指標)導入の議論です。Q Iとは、急性期医療におけるC I(Clinical Indicator)に対応する、慢性期における指標の考え方です。

療養病棟に関する評価の論点

急性期医療、在宅医療および介護施設の後方機能としての評価

(悪性腫瘍の緩和ケアや疼痛コントロールを含む)

軽症・中等症の救急患者を受け入れている療養病棟の評価

医療サービスの質的向上に取り組む療養病棟の評価

Q I(*)を用いた医療の質の評価<治療・ケアの内容の評価>

病棟単位の継続的なQ Iの測定・評価は義務付けられているものの提出期限がない

(*) Q I (Quality Indicator : 質の指標)

: ケア内容の問題となる褥瘡患者の割合といったプロセスを評価したり、ケアの結果として生じるADLの低下といったアウトカムを評価したりするために提唱された指標であり、値が100%に近いほど問題があるとされる

(1) 療養病床再編から「削減策凍結」の影響

民主党は社会におけるニーズが高いとして試算した結果、療養病床削減策の凍結をマニフェストに打ち出しました。

これにより、既に制度廃止が明示されていた介護療養病床だけではなく、近年の改定では、施設等転換を推進する点数配分となる傾向だった医療療養病床に関する診療報酬についても、次期診療報酬改定において大きな変化があるとは考えにくいでしょう。

しかしながら、一旦は凍結の方針が示された介護療養病床廃止ですが、その方向性は変わらないことも、厚生労働省から言及されています。よって、次期改定による介護報酬とのバランスをとりつつ、老人保健施設等への転換を検討する必要があるでしょう。

(2) 療養型病院がとるべき今後の対応策

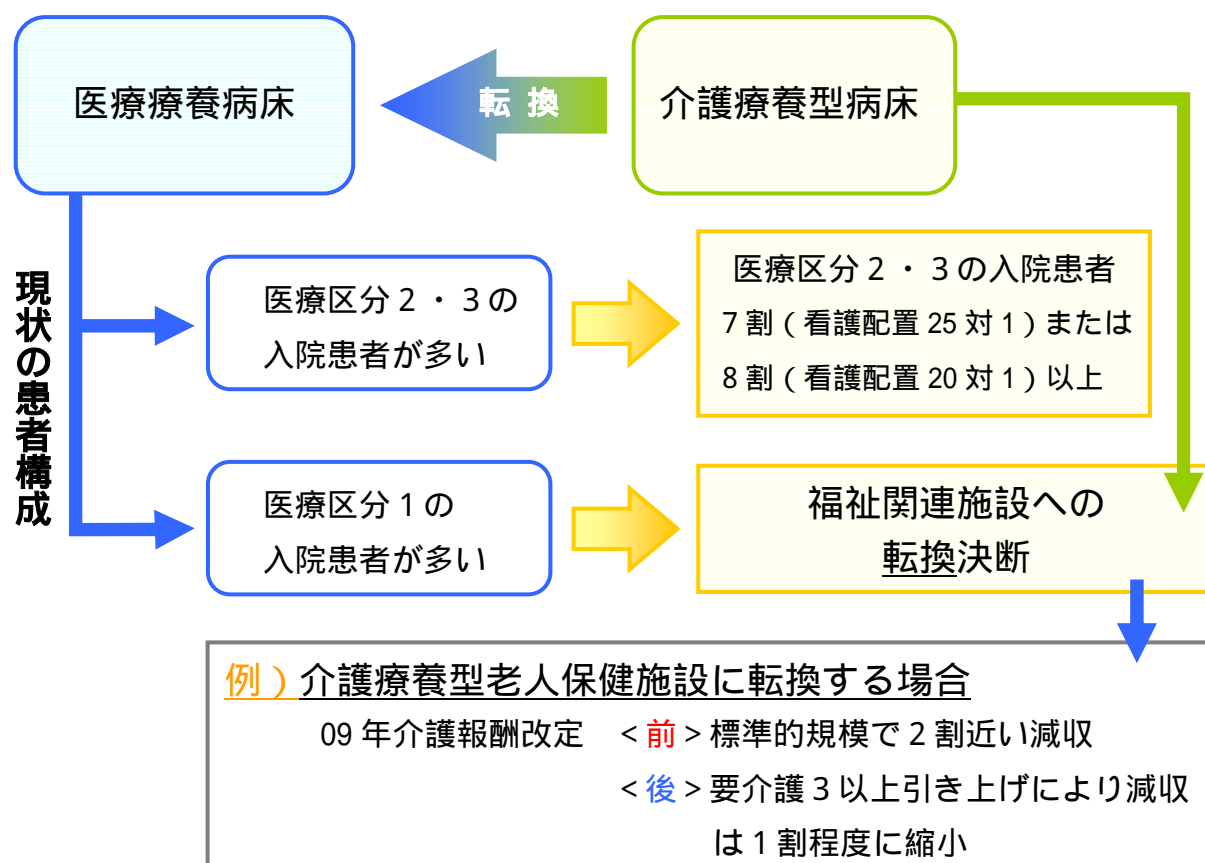
厚生労働省・慢性期入院医療包括評価調査分科会において、今後の評価の方向性を決定づけるための検討が続けられています。

これによれば、次期診療報酬改定において医療区分そのものの変更はしないこととされたほか、「一般病床の長期入院患者」の医療区分と「医療療養」の医療区分の構成比が類似しているとの記載があります。

したがって、『民主党政策集INDEX』に明記されたように、長期入院患者が多い一般病床から医療療養病床へ、さらには介護・福祉関連施設へのシフトに向けて、各種の政策が推進されると考えられます。

そのため、医療療養型病院として維持・存続を希望するのであれば、従前のおり、医療区分2・3の入院患者を高い割合で受け入れ続けることが重要な前提条件になります。

療養型病院の対応策 ~ 今後方針決定の分岐点



長期入院を解消したい精神科の論点と改定予測

精神病床の新規入院患者数は、平成14年当時の33.2万人から年々増加して、同16年には37.8万人となっています。また、平均在院日数は、平成元年に比べ190日短縮されて320日（同18年）となりました。

一方、長期間入院している患者のうち、退院を果たす割合は、入院期間が長くなるほど低下する傾向があります。緊急時に対する十分な救急体制の整備を進めて、長期入院患者の解消を図るといのは、昨今の診療報酬改定の傾向を継承するものです。

精神科入院患者の在院期間と退院理由

在院期間	退院患者に占める割合	うち、回復以外を理由とする退院の割合
1年以上	13%	転院、死亡退院：約60%
5年以上	4%	転院、死亡退院：70%以上

(1) 地域で支え、救急に対応する精神科医療へ

中医協が精神科医療について課題として掲げているのは、次のような項目です。

長期入院の解消等

長期入院患者等が円滑に地域移行するためのさらなる支援に対する診療報酬上の評価
障害福祉サービスの充実を踏まえた精神科デイ・ケア等の診療報酬上の評価

急性期医療の評価

精神科救急を担う医療機関に対する診療報酬上の評価
精神・身体合併症への診療機能等の総合的な機能を有する病床に対する診療報酬上の評価

(2) 精神科領域の評価概念 ～個々の患者に応じた医療提供

薬物治療と比較して効果が明らかな認知行動療法等に対する診療報酬上の評価
患者の病態に応じた抗精神病薬の適切な選択に対する診療報酬上の評価
児童・思春期における発達障害や長期療養が必要な患者など、患者の状態像に応じた入院医療の診療報酬上の評価

4 | 診療所に関わる改定予測と対応策

厚生労働省が考えるこれからの診療所の役割

前回診療報酬改定において、開業医と病院勤務医の「格差」是正を目的とした病院に手厚い評価がなされていましたが、次期改定においても、「開業医は儲け過ぎている」という世論を背に、診療所の再診料が引き下げられる可能性があります。

診療所にあっては、「5分ルール」という時間要件の導入が医療になじまないとして批判が強かった外来管理加算について、時間要件の撤廃と抱き合わせて行う点数改定が見込まれていますが、特に再診料についての取り扱いは、算定件数が多いことから、最も影響が大きい事項であり、注視しなければなりません。

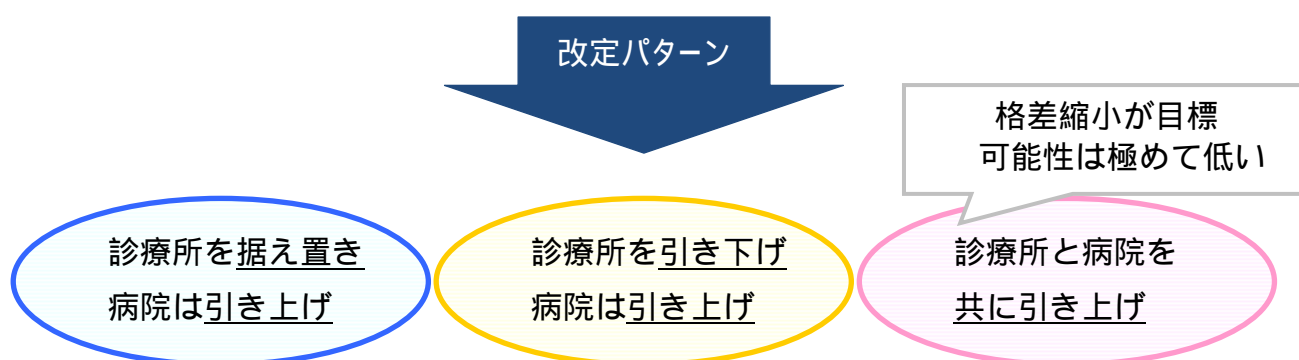
(1) 診療所をめぐる論点

上記のように、診療所の再診料に関する取扱いは注目すべき項目であるほか、厚生労働省は、有床診療所に対する評価についていくつかの論点を掲げています。

診療所の再診料はどうなるのか

診療所：71点

病院：60点（一般病床200床未満）



算定件数が多い診療所再診料は、外来を分離している病院にとっても影響が大きい項目です。

仮に、外来管理加算の時間要件が撤廃された場合でも、診療所再診料が引き下げられれば、結果的にマイナス分を補完することができないことも予測されます。

厚生労働省から提示された有床診療所の論点（11月20日中医協）

各診療科が担う役割と有床診療所入院基本料における評価
 在宅医療および介護施設の後方病床として機能している場合の評価
 軽症・中等症の救急患者を受け入れている場合の評価
 手厚い人員配置を行っている場合の評価

(2) 次期診療報酬改定において重視する診療所関連項目

次期診療報酬改定では、まず病院の入院医療費の増額が重点項目とされているため、診療所に関わる診療報酬は、介護報酬との同時改定となる平成24年度を中心に評価されていくことになると予測されます。

また、実際に在宅医療を希望する患者は多く、在宅医療の担い手として、診療所が中心的役割を果たす方向性は、その施策動向に大きな変化はないとみられます。

在宅医療関連で診療所が活用すべき項目例

在宅療養支援診療所による訪問診療

施設系在宅患者の訪問

在宅時医学総合管理料

特定施設入居時等医学総合管理料

在宅末期医療総合診療料

在宅ターミナル・看取り加算

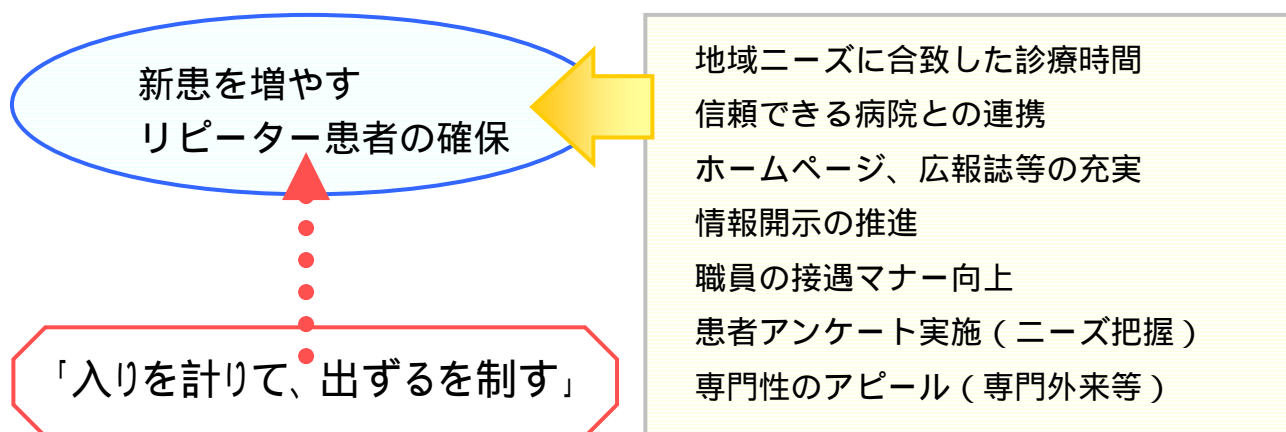
今後の診療所経営に求められるポイント

次期診療報酬改定において、診療所に関連する項目で大きく収入の伸びにつながる部分を期待することは難しい状況です。この収入を確保する手段として増患を図るためには、極めて基本的なセオリーを実践することが求められます。

そのうえで、厚生労働省が論点として掲げ、また期待している在宅医療および介護を支援する役割・機能を評価する方向性に合致させていくという選択肢を検討する必要があります。

(1) 診療所が増患を図るための視点

病院からの逆紹介の際に、患者が診療所に行きたがらない理由として挙げられるのは、薬剤を長期投与してくれない、自己負担が高い（特定疾患療養管理料分）等です。これらを踏まえ、個々の患者にカスタマイズされたサービス提供が求められていることがわかります。したがって、下記に掲げたような具体的対策によって、患者ニーズをきめ細かく把握し、それに診療所が応えていく取り組みが必要でしょう。



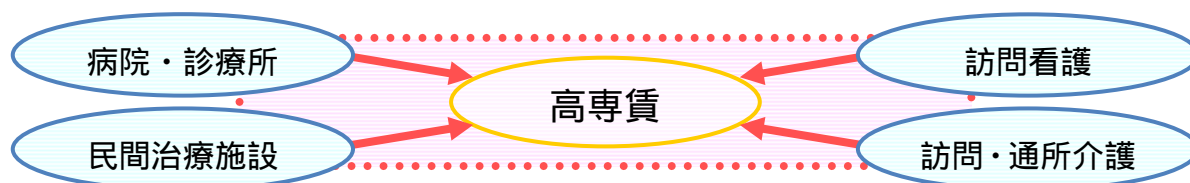
(2) 居住系施設の新たな可能性 ~キーワードは「連携」

療養病床再編計画はあくまで「当面の間凍結」という方針であるため、財源の不安を抱える政府側としては、第5次医療法改正で医療法人による経営が可能となった高専賃や有料老人ホームへの誘導を強めるのではないかと、という予測もなされています。

そのため、高専賃との関係性を強化するとともに、入院リハから訪問リハへのシフトなど、シームレスな医療・介護提供を図るネットワーク構築も選択肢とすべきです。

診療所としては、医療という強みを活かして機能特化型の高専賃を開設することも可能であり、安定した診療所収入の確保と併せて、新たなビジネスモデルを求めることも必要でしょう。

高専賃を中心とするシームレスな医療・介護ネットワーク



平成 21 年 11 月 27 日開催 医業経営セミナー「2010 年診療報酬改定の行方と対応」

講師 : 株式会社 MM オフィス 代表取締役

関東学院大学大学院 非常勤講師 工藤 高 氏

* 本稿は上記セミナー講演内容およびレジュメ資料より構成しております。