

経営情報レポート

病院経営のポイント総点検

変革迎える 2010 年  
医療界の動向



- 1 医療政策に影響を及ぼす環境変化
- 2 2010 年 診療報酬改定の方向性
- 3 医師臨床研修制度の見直し
- 4 DPC新機能評価係数導入



# 1 | 医療政策に影響を及ぼす環境変化

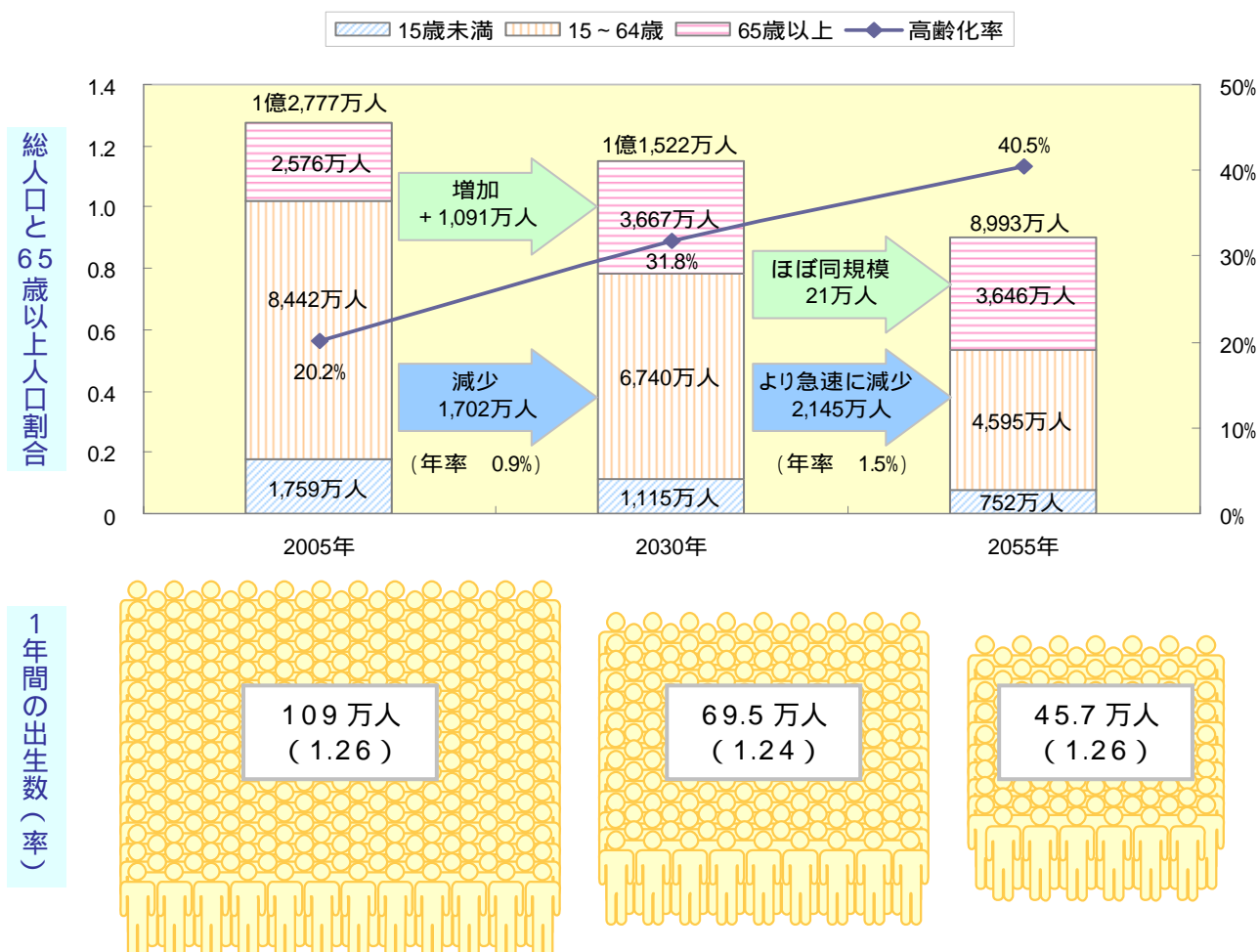
## 少子高齢化の進行に伴う人口構造等の変化

### (1) 人口構造等の変化

わが国は 2005 年から人口減少局面に入りました。国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口（平成 18 年 12 月推計）」（以下、「新人口推計」という）によれば、今後も一層少子高齢化が進行し、本格的な人口減少社会になる見通しとなっています。

このうち、出生中位・死亡中位の推計では、2055 年には合計特殊出生率は 1.26、人口は 9,000 万人を下回り、高齢化率は約 4 割、1 年間に生まれる子どもの数は 50 万人を下回る、という姿が示されています（図表 1）。

図表 1 今後の人口及び年齢構成の変化と出生数（合計特殊出生率）の見通し



資料: 国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口(平成 18 年 12 月推計)」(出生中位・死亡中位の場合)

## (2) 労働人口減少が及ぼす影響

このような人口構造の変化に伴い、労働力人口の減少や日本経済社会の持続的発展への影響が懸念されています。

2030 年以降において、21 歳以下の世代はこれから生まれる世代であって、今後の出生動向の変化によりその数は変動する余地がありますが、新人口推計によれば、生産年齢人口は以前と比べて急激に減少しており、これに伴って、労働力人口の急速な減少が懸念されています。

一方、新人口推計の前提となっている今後の結婚や出産の動向（1990 年生まれの女性の生涯未婚率 23.5%、夫婦完結出生児数 1.70 人、2055 年の合計特殊出生率 1.26）と、国民が希望する結婚（約 9 割が希望）や出産（子ども 2 人以上）のあり方には大きな乖離が存在しています。結婚や出産は個人の決定に委ねられるものですが、現に存在する国民の希望と現実の間のギャップが、将来の社会経済に大きな影響を及ぼすことを考えると、何よりもまず、国民の希望する結婚や出産・子育てを実現する社会経済環境を整備することが不可欠だといえます。

## 厳しい経済情勢と雇用環境の悪化

### (1) 続く景気後退

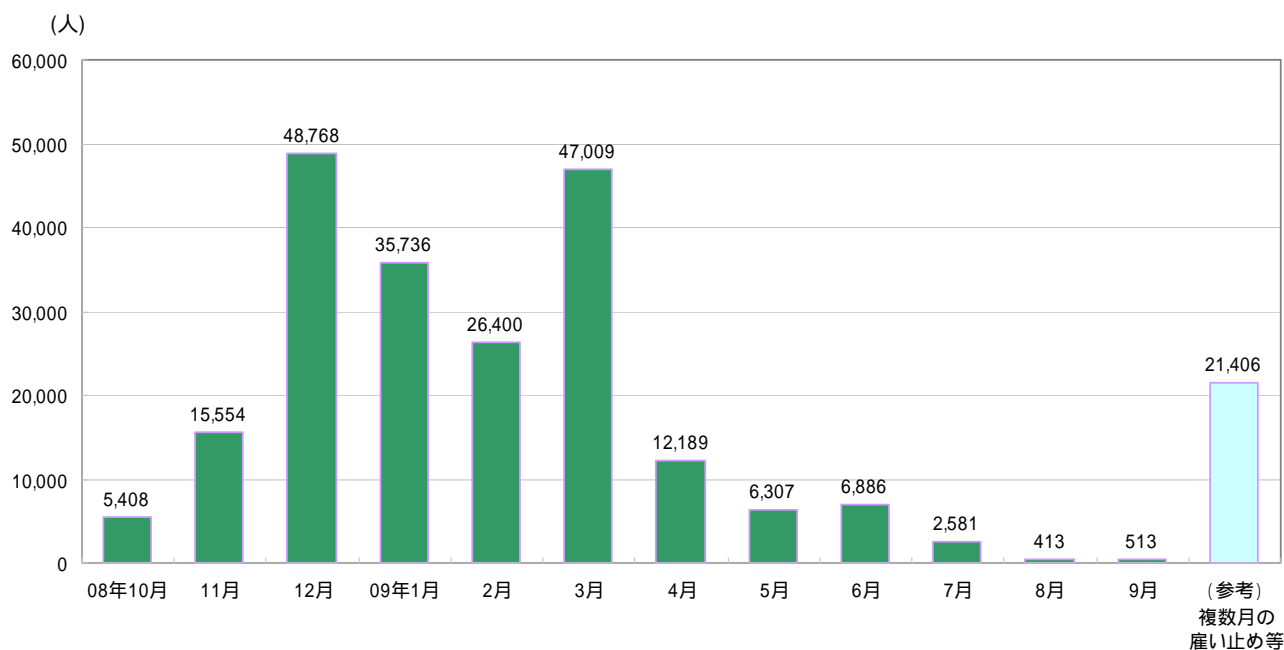
わが国の景気は、2002 年から回復基調にありましたが、2008 年の世界の金融危機を契機として世界的に景気が後退する中で、急速に悪化し、2008 年度の国内総生産（GDP）の実質成長率は、マイナス 3.3%と戦後最悪のマイナス成長となりました。

2010 年度の政府経済見通しでは、GDP 成長率は物価の変動を除いて実質で 1.4%の増加を見込んでいます。また、経済の実感に近い名目成長率は、政策効果によるデフレ克服で実質を上回るとの見方もありますが、最終的には物価の下落圧力が強いことから、0.4%前後にとどまる見込みです。

### (2) 悪化する雇用環境

雇用情勢は急速に悪化しており、厳しい状況にあります。完全失業率は上昇し、2009 年 11 月に 5.2%、完全失業者数は 331 万人と前年同月に比べ 75 万人が増加しました。さらに有効求人倍率は一段と低下しており、同月に 0.44 倍となりました。また、非正規労働者の雇止め等の状況については、2008 年 10 月から 2009 年 9 月の離職及び離職予定者が約 22 万 9 千人となりました（厚生労働省「非正規労働者の雇止め等の状況について（7 月報告）」2009 年）（図表 2）。また、勤労者の 1 年後に向けた勤め先での雇用・処遇の不安については、「かなり感じる」が同時点で 35.9%から 41.9%と増加する一方で、「あまり感じない」が 18.7%から 12.6%と減少している状況です。

図表 2 非正規労働者の月別の雇止め等の状況 (2009 年 7 月 21 日時点)



資料：厚生労働省職業安定局調べ。

(注)派遣又は請負契約の期間満了、中途解雇による雇用調整及び有期契約の非正規労働者の期間満了、解雇による雇用調整について、2008年10月から2009年9月まで実施済み又は実施予定として、2009年7月21日時点で把握できた229,170人についての月別の内訳である。

## 変革を迎える 2010 年 医療界の動向

少子高齢化と厳しい経済情勢は、一般企業ばかりではなく、医療機関においても大きな影響を与える要素となっています。新政権の医療政策に対するスタンスが明確化していないこともあって、2010年度の医療界は引き続き混迷が続くことが予想されます。

次章以降では、「2010年診療報酬改定」「新医師臨床研修制度の見直し」「DPC新機能評価係数の導入」という3つのキーワードから、様々な変革を迎える2010年医療界の動向を予測します。

## 2 | 2010 年度 診療報酬改定の方向性

### 診療報酬改定率が決定

#### (1) 10 年ぶりのプラス改定で決着

厚生労働省は、2010 年度診療報酬改定において報酬全体の改定率を 0.19% 引き上げることと合意したのを受け、昨年 12 月 23 日に改定率の内訳を発表しました。

2010 年度の改定は、医師の技術料に相当する「本体部分」では、医科 1.74%、歯科 2.09%、調剤 0.52% といずれも引き上げ、平均で 1.55% 引き上げられます。一方で、薬価は 1.23%、材料価格を 0.13% 共に引き下げ、薬価・材料価格全体では 1.36% の引き下げとなります。全体では 0.19% のプラス改定で決着しました。診療報酬本体のプラス改定は、実に 10 年ぶりとなります。

#### 2000 年以降の診療報酬改定率の推移

改定年月	診療報酬(本体)				薬価・材料	全体
	医科	歯科	調剤	平均		
2000 年 4 月	2.0%	2.5%	0.8%	1.9%	-1.7%	0.2%
2002 年 4 月	-1.3%	-1.3%	-1.3%	-1.3%	-1.4%	-2.7%
2004 年 4 月	0%	0%	0%	0%	-1.0%	-1.0%
2006 年 4 月	-1.5%	-1.5%	-0.6%	-1.36%	-1.8%	-3.16%
2008 年 4 月	0.42%	0.42%	0.17%	0.38%	-1.2%	-0.82%
2010 年 4 月	1.74%	2.09%	0.52%	1.55%	-1.36%	0.19%

医科の部分では、外来と入院の改定率の内訳を今回初めて示しました。それによると、医科では「外来」の 0.31% に対し、「入院」は 3.03% 引き上げて手厚い評価とします。さらに、診療所や中小病院が算定する再診料、診療科間の配分の大幅見直しや後発医薬品の使用促進で財源を捻出し、救急、産科、小児科、外科などに振り分けられます。

民主党は、先の衆院選で地域医療などに貢献する医療機関の入院による診療報酬を来年度に 10% 増やす方針を掲げていましたが、悪化する経済情勢に伴う財源の問題もあり、期待されていたほどの大幅なプラス改定には至りませんでした。

## (2) 今後は点数配分が焦点に

診療報酬の大枠となる改定率が固まったことで、今後は中央社会保険医療協議会による点数配分に焦点が移ります。

長妻厚生労働大臣は、折衝終了後に財務省内で記者団に対し、「(診療報酬については)内部の配分を見直していくことで国民の期待に応えていきたい」と述べています。

### 診療報酬改定の基本的方向性

#### (1) 診療報酬改定の基本方針 ~ 2つの重点課題と4つの視点から

医療現場の疲弊や医師不足などの課題が指摘される中で前回の改定が行われた所ですが、これらの課題は必ずしも解消しておらず、わが国の医療は、依然として危機的な状況に置かれています。このような状況の中で様々な議論が交わされ、下記の重点課題をはじめとする基本方針が、社会保障審議会医療保険部会及び社会保障審議会医療部会にて取りまとめられました。

#### 重点課題

##### 救急、産科、小児、外科等の医療の再建

地域連携による救急患者の受入れの推進、小児や妊産婦を含めた救急患者を受け入れる医療機関に対する評価、新生児等の救急搬送を担う医師の活動の評価、急性期後の受け皿としての有床診療所も含めた後方病床・在宅療養の機能強化、手術の適正評価 など

##### 病院勤務医の負担の軽減(医療従事者の増員に努める医療機関への支援)

看護師や薬剤師等医師以外の医療職が担う役割の評価  
看護補助者等医療職以外の職員が担う役割の評価、医療クラークの配置の促進 など

#### 4つの視点

##### 充実が求められる領域を適切に評価していく視点

がん医療の推進、認知症医療の推進、新型インフルエンザ、結核等の感染症対策の推進  
肝炎対策の推進、質の高い精神科入院医療の推進、歯科医療の充実 など

##### 患者からみて分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

医療安全対策の推進、患者一人一人の心身の特性や生活の質に配慮した医療の実現  
疾病の重症化予防 など

##### 医療・介護の機能分化と連携推進等を通じて、質が高く効率的な医療を実現する視点

質が高く効率的な急性期入院医療、回復期リハビリテーション等の推進  
在宅医療や訪問看護、在宅歯科医療の推進 など

##### 効率化余地があると思われる領域を適正化する視点

後発医薬品の使用促進、市場実勢価格等を踏まえた医薬品・医療材料・検査の適正評価 など

## (2) 後期高齢者医療の診療報酬

75 歳以上を対象として適用される診療報酬は、若年層と比較した場合、複数の疾病に罹患しやすく、また、治療が長期化しやすいという高齢者の心身の特性等にふさわしい医療を提供するという趣旨・目的から設けられた後期高齢者医療制度に対応するものです。

しかし、行政の周知不足や、高齢者をはじめとする国民の理解を得ることができず、また中央社会保険医療協議会が行った調査によれば、必ずしも活用が進んでいない実態等も明らかになりました。このため、75 歳以上という年齢に着目した診療報酬体系については、後期高齢者医療制度本体の見直しに先行して廃止することとなりますが、このような診療報酬が設けられた趣旨・目的にも配慮しつつ、具体的な報酬設定を検討することとすべきとされています。

## (3) 病院と診療所の再診料統一へ

中医協のこれまでの議論では、中小病院や診療所が算定する再診料が俎上に上っていません。昨年 12 月 16 日の診療報酬基本問題小委員会では、病院と診療所の再診料を 2010 年改定で統一することで合意されました。

これ以外に、診療科ごとの再診料の見直しも論点になっていましたが、少なくとも 2010 年 4 月改定では実施しないことになりました。

診療所の点数を引き下げるか、病院の点数を上げるか、あるいは両者の中間で統一するのか。病院と診療所の再診料をめぐる議論は、いよいよ本格化します。

### 再診料

200 床未満の病院 60 点

診療所 71 点

病院を上げるか、診療所を下げるか、中間で統一するか

## (4) 2012 年度診療報酬・介護報酬同時改定の前哨戦との見方も

「3 年後（2012 年度）の診療報酬・介護報酬の同時改定で、かなり大胆に物事が進むのではないか」。

厚生労働省保険局医療課の当時の担当者は、昨年 6 月に東京都内で開かれたセミナーでこう述べ、来年度の診療報酬改定を同時改定に向けた「前哨戦」と位置付けました。実際に、来年度よりもむしろ 3 年後に照準を合わせる医療関係者も増えています。

## 3 | 医師臨床研修制度の見直し

### 2010 年 4 月 医師臨床研修制度見直し

#### (1) 臨床研修制度見直しの背景

医師免許を取得した新人医師の研修を義務化するものとして 2004 年度からスタートした新たな医師臨床研修制度の見直しが行われ、本年 4 月から開始されます。

見直しの背景のひとつには、研修医が自由に研修先を選べることから、都市部の病院に学生が集中したため、研修医不足に陥った大学病院側が、関連病院に派遣していた医師を呼び戻さざるを得ない事態となり、地方の医師不足に拍車をかけたといわれたことが挙げられます。こうした状況を打開しようと、厚生労働省と文部科学省は、昨年 9 月に合同の有識者検討会を立ち上げ、制度見直しの議論をスタートさせました。2009 年 2 月にまとまった最終報告では、都道府県別に定員数の上限を設定することが盛り込まれたため、医学生からは「計画配置だ」との批判も出ています。制度の見直しが、医師不足解消につながるかどうかは不透明な状況といえます。

#### (2) 産婦人科・精神科などが選択必修に

見直しの結果、弾力化された研修プログラムでは、内科、救急、地域医療研修の 3 科目のみを必修とし、これまで必修科目だった外科、小児科、産婦人科、精神科の各診療科については、これらのうち 2 科目を「選択必修」と位置付けるとして改められました。

各都道府県の定員数については「人口分布」「医師養成状況」「100 平方キロメートル当たりの医師数など地域の特性」の 3 点を考慮した上限を設定します。研修病院に関しても、過去の受け入れ実績や大学病院の医師派遣機能を勘案した上で、募集定員を設けます。

ただ、今年度に関しては、募集定員が著しく減少する病院に限り、一昨年度の研修医マッチング者数（研修医と病院の希望をコンピュータで組み合わせる）を上限とする緩和措置が取られるため、大幅な減少が予想されていた東京、神奈川、京都、大阪、福岡の 5 都府県も、昨年度並みの採用数の確保が可能となりました。

#### 研修プログラム選択科目の見直し

必修科目	内科・救急・地域医療研修
選択必修	外科・小児科・産婦人科・精神科のうち 2 科目

## 臨床研修病院が満たすべき基準

救急医療の提供  
 年間入院患者数が 3,000 人以上  
 研修医 5 人に対して指導医を 1 人以上配置  
 臨床病理検討会（CPC）を適切に開催  
 協力型臨床研修病院その他の医療機関と連動して研修を行う

## 都道府県別の定員数上限の算出法

「当該都道府県の募集定員の上限」とは、以下の計算式により算出した数値をいう。

$$\text{算式： } D + E + F$$

D：次の D 1 と D 2 のうちの多い方の数値

当該都道府県の人口

D 1：全国の研修医の総数 ×

全国の総人口

当該都道府県内の大学医学部の入学定員の合計

D 2：全国の研修医の総数 ×

全国の大学医学部の入学定員の合計

E：100 平方 km 当たりの医師数が全国の中央値よりも少ない県については D に 0.1 を乗じた数値とし、100 平方 km 当たりの医師数が 30 未満の道県については D に 0.2 を乗じた数値

離島人口 × 5

F：D ×

当該都道府県の人口

平成 21 年 5 月 11 日付「医師法第 16 条の 2 第 1 項に規定する臨床研修に関する省令の施行について」より

### (3) 募集定員激減に対する緩和措置

新たな研修プログラムの開始を控え、厚労省では、募集定員が著しく減少する事態を緩和するため、「2010 年度まで、新指定基準を満たさない基幹型臨床研修病院の指定を継続する」「募集定員 20 人以上の病院に設置が義務付けられた『産科・小児科プログラム』の定員要件を緩和する」「今年度に限り、08 年度の研修医マッチング者数を上限とする」「募集定員の上限を各都道府県の研修医受け入れ実績から 10% 以上削減しない」という、4 つの緩和措置を設けています。

## 臨床研修制度見直しの影響

### (1) プライマリ・ケア重視で外科離れを懸念する声も

現行の「スーパーローテート」で7診療科だった必修を3科目に減らし、プライマリ・ケアにより重点を置いたことから、外科離れなどを懸念する声も出ています。厚労省によると、マッチ者7,875人のうち、新制度のプログラムの占める割合（いずれも大学病院と臨床研修病院を合わせた割合）は71.1%（5,600人）で、スーパーローテートは28.9%（2,275人）でした。また、新制度のプログラムのうち、3科目の必修は50.2%（3,951人）だったのに対し、3科目以外に選択必修を設けたプログラムは18.3%（1,442人）にとどまっています。

厚労省では今後、「募集定員20人以上の病院に設置が義務付けられた『産科・小児科プログラム』の定員要件を緩和する」「今年度に限り、昨年度の研修医マッチング者数を上限とする」など激変緩和措置への対応のほか、研修の評価の在り方についても議論を進めるとしています。後期臨床研修との連携の在り方も含め、今後の動向が注目されるテーマといえます。

### (2) プログラムの弾力化で病院の特徴を打ち出すことが可能に

従来は、診療科によっては研修期間が1ヶ月と極めて短く、研修医は何かを学ぶというよりは「お客さん」として過ごさざるを得なかった場合もありましたが、今回の変更によりこうした弊害も避けられます。プログラムの弾力化によって病院ごとで編成する研修内容にも幅を持たせることができ、これまで以上に病院の特徴を打ち出すことが可能となります。

また研修医が、研修病院を選ぶ最大のポイントは「指導医」です。研修医の望みは、身体所見が取れ、鑑別診断が出せるようになり、エビデンスに基づいた治療計画を作成できる技術を習得することです。さらに治療技術を磨くためには、「良い指導医」につくことが重要になります。つまり、臨床研修病院側がどれだけ研修に力を入れ、指導医をバックアップしているかという臨床研修病院の姿勢が問われることとなります。

## 臨床研修制度見直しのチェックポイント

病院ごとに特徴づける研修プログラムを組める  
決め手は設備でも給与でもなく「指導医」  
指導医を後押しする病院の姿勢が問われる

## 4 | D P C 新機能評価係数の導入

### 2010 年 4 月 新機能評価調整係数導入

#### (1) 4 項目の導入を正式決定

現在、病院関係者の注目を特に集めているのが D P C の取り扱いです。2010 年度診療報酬改定では、D P C 対象病院に適用されている現在の調整係数が一部廃止されます。

現在の D P C 対象病院の調整係数は、前年度の収入実績を担保する仕組みとなっており、厚労省は、2010 年度以降最低 3 回の報酬改定で調整係数を段階的に廃止する一方、これに代わる「新機能評価係数」を導入するとしています。

これまでに導入が決定している新係数は、下記の 4 項目です。このうち救急医療の入院初期診療に関しては、「救急医療指数 = 救急車あり、または入院初日の初診料において時間外・休日・深夜加算ありの D P C 対象患者数 / D P C 対象患者数」を評価の根拠にします。つまり、D P C 対象患者の中に、「救急車あり」か「入院初日の初診料で時間外・休日・深夜加算あり」の患者がどれだけの割合を占めるかが評価を左右することになります。

現在の調整係数から新係数への切り替えは、D P C 対象病院を一律に評価してきたこれまでの扱いから、D P C 対象病院の機能に応じて評価する形への転換を意味しています。

#### 新機能評価係数の 4 項目

項目	名称(案)	考え方	設定方法
1 正確なデータ提出に係る評価	データ提出・公開指数 データ提出指数 データ提供指数 提出データの質指数	対象病院における詳細な診察データの作成・提出に要する体制と、そのデータが活用されることで、医療全体の標準化や透明化等に貢献することを評価	[指数] = データ提出の遅滞 部位不明、詳細不明の ICD10 コード使用割合が 40% 以上の場合に応じた定数で評価  非必須項目の入力状況による評価は行わない
2 効率化に対する評価	効率性指数 相対平均在院日数指数	平均在院日数の変動に伴う病棟業務量の増減について、患者の疾病構造の違いを補正した在院日数の相対値により評価	[指数] = 全 D P C 対象病院の平均在院日数 / 当該医療機関の患者構成が、全 D P C 対象病院と同じと仮定した場合の平均在院日数  当該医療機関において、10 症例(10 か月)以上ある診断群分類のみを計算対象とする。包括評価の対象となっている診断群分類のみを計算対象とする。
3 複雑性指数による評価	患者構成指数 複雑性指数	対象病院における診療の複雑さについて、当該病院における一入院当たり包括点数の相対値により評価	[指数] = 当該医療機関の包括点数(一入院当たり)を、診断群分類ごとに全病院の平均包括点数に置き換えたもの / 全病院の平均一入院当たり包括点数 当該医療機関において、10 症例(10 か月)以上ある診断群分類のみを計算対象とする。包括評価の対象となっている診断群分類のみを計算対象とする。
4 診断群分類のカバー率による評価	カバー率指数 総合性指数	様々な疾患に対応できる総合的な体制について、当該病院で算定している診断群分類の広がり(種類の多さ)により評価	[指数] = 当該医療機関で一定症例数以上算定している診断群分類数 / 全診断群分類数 当該医療機関において、10 症例(10 か月)以上ある診断群分類のみを計算対象とする。すべて(包括評価の対象・対象外の両方を含む)の診断群分類のみを計算対象とする。

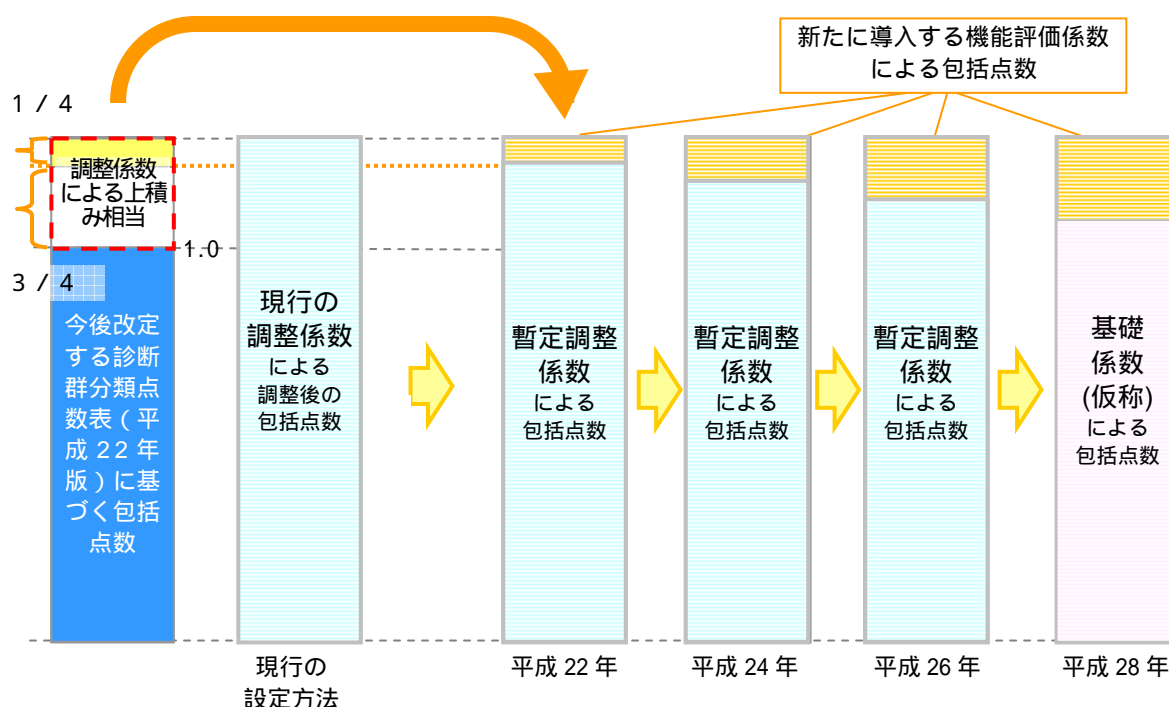
## (2) 調整係数の段階的廃止は結論を持越し

新係数の項目の決定とともに、厚生労働省は昨年 12 月 16 日の基本小委員会において、現在の調整係数を来年度から 2016 年度までの 4 回の報酬改定を経て段階廃止する方向を提案しましたが、意見集約には至らず、2010 年以降に改めて議論することになりました。

厚労省案は、2010 年は全対象病院平均の調整係数の 25%を新係数に移行し、2016 年度報酬改定までの 4 段階で廃止しようとするものです。ただし、新係数への置き換えが困難な部分もあるため、2016 年度以降は対象病院の基本的な診療機能を評価する「基礎係数」（仮称）を設定することとしています。

この案が実現すれば、来年度には調整係数として残る 75%（「暫定調整係数」）に、従来の機能評価係数と新係数を加えた部分が上乗せされます。しかし、来年度の移行分については「なぜ 4 分の 1 なのかの根拠がない」といった指摘があり、25%以外の場合の影響度についてもシミュレーションを行うことになっています。

新たな機能評価係数の導入及び調整係数の段階的廃止の概念図（案）  
（全 D P C 対象病院の総点数の変化）



## DPC病院が対応すべきポイント

### (1) 自院の機能を強化する体制を作る

自院の機能を強化することにより、患者、医療従事者、病院経営に好ましい結果が得られる体制作りは制度の如何を問わず行うべきですから、この原則に立った上でDPCの新機能評価係数を捉える必要があります。例えば正確なデータを提供していることの評価においては、病院間の努力で違いがなくなれば差別化・計数化する意味を失うのです。

厚生労働省は、機能評価係数によって自分たちの考える「あるべき医療の姿」に誘導していくと考えられます。よって、自らの考えるあるべき姿と自院の特徴を照らし合わせつつ、DPC病院としての施策を決めていく必要があります。例えDPCから離脱するとする場合でも、経営の効率化は不可欠です。

### (2) 包括支払に向けた経営努力は必須

新たな係数には、短期的な経営努力だけでは対応が難しい項目もあります。「複雑性指数に対する評価」への対応は、現在の人的・物的資源を念頭に置かなければならず、項目によっては、それを成り立たせるために診療科の見直しや新規の医療機器導入が必要になってくるのです。

したがって、病院のあり方を問い直す機会にはなりますが、項目ひとつで病院のスタンスが揺らぐのは好ましいことではありません。「診断群分類のカバー率による評価」も同様であり、患者を症状に応じて選別することで高い点数を得ることは可能ですが、それは少なくとも地域の急性期医療を担う立場として取るべき方向性ではないと思われま

### DPC新機能評価係数のチェックポイント

調整係数から機能評価係数移行は緩やか  
DPC病院以外の点数もいずれは包括化  
導入される4項目は経営上必須のものばかり