

2010年度診療報酬改定の概要と方向性

はじめに

～2010年度の診療報酬改定は10年ぶりのプラス改定～

2010年度の診療報酬改定は、国の財政が厳しい中、昨年行なわれた事業仕分けや、マイナス改定を求める財務省との折衝を乗り越え、全体(診療報酬本体+薬価・材料価)で10年ぶりにプラス改定となりました。ただし、改定率は0.19%(+700億円)とわずかなものとどまっており、医療現場が期待していた水準には至っていません。また、医療費ベースでの内訳は、薬価・材料価を▲1.36%(▲5,000億円)と引き下げ一方、診療報酬本体を1.55%(+5,700億円)引き上げる形になっています。(図1)

これまで診療報酬改定の配分は、「医療機関の機能分化と医療の質の向上」という医療政策の大きな方向性に沿って行なわれてきました。今改定においても、限られた財源の中でのプラス改定であるため、医科が入院と外来に分けられて入院に重点的に配分されるなど、メリハリのついた形で従来と同様の方向性に沿った配分が行なわれています。その配分の内容を通して、今改定の狙いと今後の医療制度の方向性を改めて確認することができます。

そこで今回は、診療報酬改定の主な内容と医療機能別に改定の及ぼす影響等を中心に考察します。

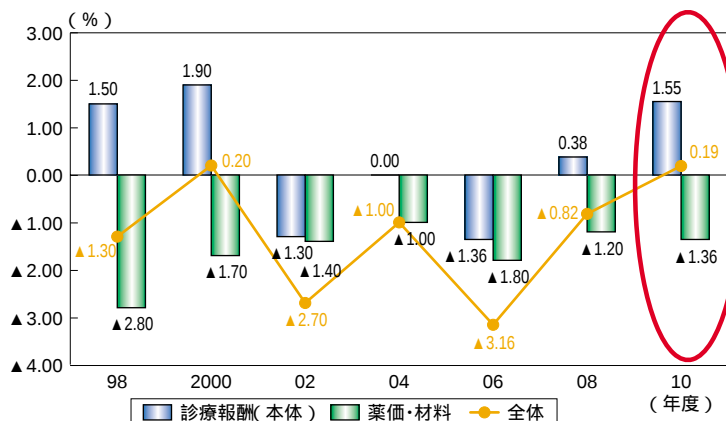
診療報酬改定の方向性

～キーワードは「医療の質」～

厚生労働省の審議会であり、厚生労働大臣の諮問により社会保障制度全般の基本事項について答申する、社会保障審議会の医療保険部会及び医療部会が、「平成22年度診療報酬改定の基本方針」を策定し、今改定の大きな方向性を示しています。基本方針では、医師不足が指摘されている「救急、産科、小児、外科等の医療の再建」と、過重労働を強いられている「病院勤務医の負担軽減(医療従事者の増員に努める医療機関への支援)」が解決すべき二つの重要課題として掲げられており、今改定では、その方針に沿って、特に急性期入院医療に対し重点的にプラス配分が行なわれています。

また、今改定では医療機能の充実や手厚い医療体制によって「医療の質」を高めている医療機関はプラス改定分を主に点数の「加算」という形で享受できる反面、それ以外の医療機関はマイナスの影響が及ぶ可能性があります。

図1 過去の診療報酬改定の推移および2010年度改定の詳細



出所 各種資料を基にふくおかフィナンシャルグループ作成

2010年度改定	医療費ベース	
	改定率	実額
診療報酬(本体)	1.55%	5,700億円
医科	1.74%	4,800億円
入院	3.03%	4,400億円
外来	0.31%	400億円
歯科	2.09%	600億円
調剤	0.52%	300億円
薬価	▲1.23%	▲4,500億円
材料価	▲0.13%	▲500億円
全体	0.19%	700億円

図2 2010年度診療報酬改定の基本方針と概要

改定に関する基本方針	
➤ 2つの重要課題	① 救急、産科、小児、外科等の医療の再建 ② 病院勤務医の負担の軽減
➤ 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 患者から見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 ③ 医療と介護の機能分化と連携の推進を通じて、質が高く効率的な医療を実現する視点 ④ 効率化余地があると思われる領域を適正化する視点

出所 厚生労働省発表資料等を基にふくおかフィナンシャルグループ作成

その他、改定時のキーワードとして従来から重視されてきた「患者の視点」「機能分化の推進」「連携強化」「効率化」についても、引き続き重視する姿勢が示されています。(図2)

以上の方向性を踏まえ、医療機能別に改定のポイントをご紹介します。

救急、産科、小児、外科医療

～今改定の重要課題として手厚い配分～

一つ目の重要課題に掲げられている「救急、産科、小児、外科医療等の再建」に向けては、当該分野が手厚く評価され、診療報酬点数の引き上げが行なわれています。(図3)

まず、救急医療に対しては、「救急医療管理加算」「乳幼児救急医療管理加算」の点数が引き上げられており、救急医療を担う病院にとって大きなプラスです。

また、「救急搬送患者地域連携紹介加算」「救急搬送患者地域連携受入加算」など、病院間の連携対応を評価し点数が新設されています。

次に、産科、小児医療に対しても、緊急搬送される妊産婦の受入れに対する加算の引き上げや、満床状態の解消が課題となっているNICU(新生児集中治療室)に対する、点数の新設や

図3 救急、産科、小児、外科等の医療の再建に向けた配点(一部抜粋)

救急、産科、小児医療を担う医療機関に対する評価の拡充(一部)	
・ 二次救急医療機関における入院医療の【拡充】	救急医療管理加算 600点→800点 乳幼児救急医療管理加算 150点→200点
・ 地域連携での救急対応への評価【新設】	地域における救急搬送受入れの中核を担う救急医療機関が、地域の連携によってその機能を十分に発揮できるよう、状態の落ち着いた患者についての早期の転院支援の評価を新設 救急搬送患者地域連携紹介加算 500点(退院時1回) 救急搬送患者地域連携受入加算 1,000点(入院初日)
・ 緊急搬送された妊産婦の受入の評価【拡充】	妊産婦緊急搬送入院加算 5,000点→7,000点 (入院初日)+対象者の範囲拡大
・ 新生児集中治療の評価【拡充】	新生児特定集中治療室管理料 8,500点→10,000点
・ NICUよりハイリスク児を直接受け入れる後方病床の評価【新設】	新生児治療回復室入院医療管理料 5,400点

外科手術料の引き上げ

病院で実施される約1,800項目の手術のうち、難易度が高く人手を要する手術を中心に、約半数を【増点】

出所 厚生労働省発表を基にふくおかフィナンシャルグループ作成

加算の引き上げが行なわれています。

なお、産科や小児科に対する政策は、集約化を促す方向にあるため、今後も専門的な産科、小児医療を提供できる大病院や専門病院に対してプラス評価されることが予想されます。地域医療機関においては、センター病院とのより一層の連携強化が重要とも言えます。

また、外科においては、手術料の大幅な引き上げ等が行なわれ、病院で実施される約1,800項目の手術のうち約半数が増点しています。ただし、中央社会保険医療協議会で議論されていた、医師個人に直接報酬を支払う「ドクターフィー制度」¹については、導入が見送りとなり、報酬改定案の答申の付帯意見に次回改定時の検討課題として盛り込まれています。

Keyword

* 1 ドクターフィー制度とは、医療費を医師による手術料、治療費などのドクターフィーとそれ以外の費用となるホスピタルフィーに分け、ドクターフィーを医師個人に対する報酬として直接支払うもの。
病院勤務医に対するインセンティブを高めることが狙い。

急性期医療

～全体的に手厚い配分。医療の提供体制や診療実績を重視～

急性期医療における今改定の大きな特徴は、プラス改定分の8割近くに及び約4,400億円が入院医療へ配分され、うち4,000億円が急性期入院医療にあてられていることです。

医療現場が期待していた入院基本料の引き上げは実現されず、入院早期に対する加算が引き上げられています。平均在院日数が短く、病床の稼働率が高い、看護配置が7対1(7対1入院基本料)及び10対1(10対1入院基本料)²の急性期病院にとっては、有利に働きます。(図4)

図4 急性期病院に関する主な改定内容
(一部抜粋)

入院基本料の改定		
	改定前	改定後
7対1入院基本料	1,555	1,555
準7対1入院基本料	1,495	廃止
準7対1入院基本料(僻地)	1,525	
10対1入院基本料	1,300	1,300
13対1入院基本料	1,092	1,092
15対1入院基本料	954	934
特別入院基本料	575	575
7対1特別入院基本料	新設	1,244
10対1特別入院基本料		1,040
+		
14日以内の期間の加算	428	450

+

手厚い人管理体制による入院医療の評価の新設	
・7対1、10対1における看護補助者の配置の評価 急性期看護補助体制加算1(50対1配置)	120点(14日まで)
急性期看護補助体制加算2(75対1配置)	80点(14日まで)

出所 各種資料を基にふくおかフィナンシャルグループ作成

さらに、これまでは7対1または10対1(一部例外有)の入院基本料を算定している場合、看護補助加算はありませんでしたが、患者の高齢化や認知症患者など、介護を要する患者の増

加により、看護補助者を配置しないと看護師の本来業務ができないとの議論があり、「急性期看護補助体制加算」が新設されています。

ただし、加算の算定条件として「年間の緊急入院患者数200名以上、かつ重症度・看護必要度の基準を満たす患者が一定以上占めること」と、一定水準以上の診療実績が求められていることから、ここでも「医療の質」を重視する方向性が示されています。

また、一般病棟入院基本料は「看護職員の月平均夜勤時間72時間以内」(72時間ルール³)という算定要件を満たせない場合、報酬点数の低い「特別入院基本料」(1日575点)で算定しなければならないため、病院団体から72時間ルール撤廃の強い要望がありましたが、今改定では実現しませんでした。ただし、7対1及び10対1の病院については、要件が緩和された点数(1年間の内3ヶ月に限って算定が可能)が新設されています。

以上のように、今改定は7対1や10対1の急性期病院にはプラス評価になっていますが、逆に、13対1以下の一般病院は改定の恩恵をほとんど受けることができていません。さらに、15対1の病院では入院基本料がマイナス改定となっていることから、13対1以下の一般病院については、看護体制を厚くして10対1以上に移行する、もしくは後述の亜急性期病院へ移行する等、何かしらの打ち手が必要になっています。

今改定で、もう一つの重要課題に掲げられて

Keyword

- * 2 看護配置は、入院基本料の区分を決める最も重要な指標。1日24時間平均で1人の看護職員が入院患者数を何人担当するかを示す。「7対1」の場合、1日平均で患者7人につき看護師1人が配置されている。
- * 3 72時間ルールとは、入院基本料の算定要件で看護職員1人あたりの月平均夜勤時間を72時間以内に制限するもの。夜勤従事者の看護師が増えると平均値が下がり要件のクリアが容易となる。2006年度の診療報酬改定で「7対1」の基準と「72時間ルール」などが導入されたことで、看護師需要が急拡大し、看護師不足が問題となった。

いる「勤務医の負担軽減」については、医療事務作業補助体制加算の更なる拡充や栄養サポートチーム、呼吸ケアサポートチームなど医師、コ・メディカル(医師以外の医療従事者)等の多職種からなるチームによる取組を評価する点数が新設されています。

2008年度に新設された医療事務作業補助体制加算は、医師の事務作業を補助する医療事務(クラーク)の配置に対して加算することで勤務医の負担軽減を促進することが狙いですが、さらに今回「15対1」と「20対1」を新設し、クラークを手厚く配置している病院を評価しています。ただし、この算定要件は救命救急センターなどの第3次救急医療機関や「緊急入院患者数が年間800人以上の病院」など、地域の高度急性期医療を担う病院に限られます。一方、「75対1」と「100対1」の加算では、緊急入院患者数の要件を緩和しています。(図5)

図5 勤務医の負担軽減に向けた配点措置

【新設】多職種からなるチームによる取組の評価

- ・栄養サポートチームによる栄養改善の取組の評価
栄養サポートチーム加算 200点(週1回)
- ・呼吸ケアチームによる人工呼吸離脱に向けた取組の評価
呼吸ケアチーム加算 150点(週1回)

【拡充】病院勤務医の事務負担の軽減

- ・医師事務作業補助体制加算の評価の充実
医師事務作業補助体制加算(入院初日)

25対1	50対1	75対1	100対1
355点	185点	130点	105点

15対1	20対1	25対1	50対1	75対1	100対1
810点	610点	490点	255点	180点	138点

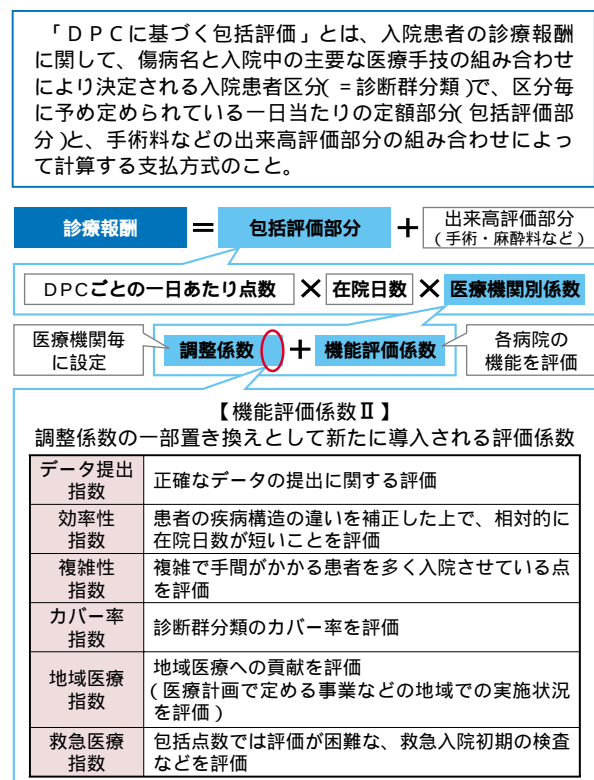
() 高度急性期病院のみ15対1、20対1を算定可能
25対1以下に関しては全身麻酔による手術件数が年間800件以上、
また緊急入院患者が年間200人以上の病院等が算定可能(75対1、100対1は年間100人以上でも算定可)

出所 厚生労働省発表を基にふくおかフィナンシャルグループ作成

その他、7対1、10対1で対象病院の拡大が続いているDPC(診断群分類)に基づく包括払い方式(以下、DPC)では、導入病院に前年度並みの収入を確保する役割を果たしてきた「調整係数」が今改定から段階的に廃止され、代わりにDPC対象病院の機能を評価する「機能評

価係数」に新しく6項目の係数が採用されます。新たに採用される係数(従来の機能評価係数と区分するため、「機能評価係数」と呼ばれています)が置き換わるのは現行の調整係数における上積み相当部分の4分の1程度であり、「データ提出指数」を除く5項目は「効率性指数」や「複雑性指数」など、いずれも診療実績そのものを評価する指標となっています。(図6)

図6 DPCに基づく包括評価の概要



出所 各種資料を基にふくおかフィナンシャルグループ作成

以上より、今後の急性期医療においてはやはり「効率性」と「医療の質」の向上が求められます。そして、その実現のためには、亜急性・療養・回復期の医療機能を持つ後方病院との連携や、院内におけるチーム医療の体制強化がポイントとなります。

亜急性期・療養期・回復期医療

～医療の質向上や連携体制の構築がポイント～

今改定の亜急性期・療養期・回復期病床におけるキーワードも「医療の質」と「連携の強化」

です。

まず急性期の治療が一段落した後に療養や在宅への転院に向けた入院治療を担う亜急性期においては、その担い手を増やす狙いから、入院医療管理料の点数自体に変更はなかったものの、「合併症を有するリハビリを必要とする患者を一定割合以上受入れていること」や「他の急性期病院からの患者受入れが一定割合以上あること」などの要件の下で、算定病床数の制限が緩和されています。また、亜急性期におけるリハビリを評価した「リハビリテーション提供体制加算(50点/日)」も新設されています。(図7)

亜急性期は提供するリハビリや療養の質を高め、急性期病院の後方連携先として選ばれることがより重要となります。

図7 亜急性期入院医療管理料の内容

亜急性期入院医療管理料1	2,050点
・当該病室の病床数は、一般病床数の1割以下であること。ただし、回復期リハビリテーション病棟入院料の対象疾患で、合併症のある患者の割合が算定病床数の1割以上の場合は3割以下(最大60床)であること。	
亜急性期入院医療管理料2(200床未満の病院)	2,050点
・当該病室の病床数は、一般病床数の3割以下であること。ただし、急性期を経過した患者のうち、他の医療機関から転院してきた患者の割合が算定病床数の1割以上の場合は5割以下であること。	

出所 各種資料を基にふくおかフィナンシャルグループ作成

次に、療養期(慢性期入院医療)についてですが、こちらは入院基本料で急性期・亜急性期以上の大きな改定が行なわれています。入院基本料が医療の必要性の高さである医療区分と、ADL区分による患者分類ごとに5種類から9種類に細分化され、更に看護配置や医療区分の高い患者数の割合により「基本料1」と「基本料2」の2段階に再編されました。各基本料とも点数設定を、重度の患者(医療区分、ADL区分が高い)について高く、軽度の患者(医療区

分、ADL区分が低い)について低く設定されていますが、「基本料1」では多くの部分が従来に比べて増額となる一方、「基本料2」ではほとんどが減額となっています。(図8)

図8 療養病床入院基本料の改定内容

■改定前

	医療区分 1	医療区分 2	医療区分 3
ADL区分 3	885点	1,320点	1,709点
ADL区分 2	750点		
ADL区分 1		1,198点	

■療養病棟入院基本料1

	医療区分1	医療区分2	医療区分3
ADL区分3	934点	1,369点	1,758点
ADL区分2	887点	1,342点	1,705点
ADL区分1	785点	1,191点	1,424点

施設基準

- ①看護職員及び看護補助者が20対1配置以上であること
- ②医療区分2又は3の患者が全体の8割以上であること

■療養病棟入院基本料2

	医療区分1	医療区分2	医療区分3
ADL区分3	871点	1,306点	1,695点
ADL区分2	824点	1,279点	1,642点
ADL区分1	722点	1,128点	1,361点

施設基準

看護職員及び看護補助者が25対1配置以上であること

() 赤字は改定により減額された部分

出所 各種資料を基にふくおかフィナンシャルグループ作成

また、褥瘡(床ずれ)発生率のデータ提出などが療養病棟入院基本料の要件とされています。これは、療養期においても、「医療の質」の担保が求められていることを意味しています。

療養期におけるもう一つの改定のポイントは、急性期病院や介護施設、自宅からの入院患者受入れに対し「救急・在宅等支援療養病床初期加算(150点/日)」が新設されたことです。これは療養病床のうち、急性期の後方病床としての機能を担える病院にとってはプラスに働くこととなります。

Keyword

- * 4 ADLとは、食事・更衣・移動・排泄・整容・入浴など生活を営む上で不可欠な基本的行動である日常生活動作のこと。各日常生活動作に対する支援の必要性の水準を、3つに区分しているのがADL区分(ADL区分3が支援の必要性が最も高い)。

以上より、療養期病院においては、重症度の高い療養医療を手がけている病院にとってはプラスに働きますが、その反面、重症度の低い、いわゆる「社会的入院」の割合が高い病院にとっては大きな減収となるため、機能の転換も含めた戦略の検討が必要です。

回復期については、今改定で、1日2単位以上のリハビリ提供など条件付きで、回復期リハビリテーション病棟入院料1(1,720点/日、+30点)、2(1,600点/日、+5点)の点数が引き上げられます。

また、365日リハビリを提供できる体制を評価した「休日リハビリテーション提供体制加算(60点/日)」や密度の濃いリハビリ提供を評価した「リハビリテーション充実加算(40点/日)」が新設されています。平日のみリハビリを実施する病院の多い中で、特に「休日リハビリテーション提供体制加算」は、リハビリスタッフの人員確保と体制構築ができれば、大きな増収が期待できます。

在宅医療

～全体に高い評価。病院による関与拡大の方向性も示される～

社会的なニーズの高まりを受けて、在宅医療は前回に続き高い評価がなされました。

改定のポイントとしては、入院中の患者に病院とケアマネジャーが共同で指導を行なった場合に算定できる「介護支援連携指導料(300点/入院中2回)」が新設されたこと、そして、在宅療養支援病院の指定要件が緩和され、200床未満の病院は24時間往診体制などを構築することで、在宅療養支援病院の指定を受けることができるようになったことが挙げられます。

在宅医療では、病院による在宅分野への関与

拡大という方向性が明確に示されています。そのため、2012年度に行なわれる診療報酬・介護報酬の同時改定を想定し、介護施設との連携を図っていくことが重要となります。

診療所

～再診料がマイナスになるも、一部の診療所にはプラスの恩恵～

診療所においては、「入院機能は病院、外来機能は診療所」という観点から再診料について病院より高い点数で設定されていましたが、今改定でマイナスに改定されて病院と統一化されています。

また、外来管理加算に関しても、医療現場からの要望により、2008年度改定で導入された「5分ルール(診察時間がおおむね5分を超えた場合のみ加算の算定が可能)」は廃止されたものの、「懇切丁寧な説明」を要件とする点は変わらず、簡単な症状の確認などだけで投薬の処方を行なう、いわゆる「お薬受診」の場合は算定不可になる(つまり、実質的には要件は変更されていません)など、全体的に厳しい結果になっています。(表1)

表1 初診・再診料の概要

初診料・再診料		改定前	改定後
初診料	病院	270点	
	診療所		
再診料	病院(200床未満)	60点	 69点
	診療所	71点	 69点
外来管理加算	病院(200床未満)	52点	52点 (要件変更)
	診療所		
外来診療料	病院(200床以上)	70点	

出所 各種資料を基にふくおかフィナンシャルグループ作成

ただし、そのマイナス分を補うように、患者からの電話問い合わせに対し、標榜時間以外も対応を行なう体制を有している診療所(つまり、「かかりつけ医」的な存在の診療所)を評価する「地域医療貢献加算(3点、再診料に加算)」の

新設や、今回の改定から義務化された「明細書」⁵の無料発行の義務化(詳細は後述)への対応に関する加算(1点、再診料に加算)が新設されています。ただし、どちらの加算も算定には一定のハードルがあり、対応が可能な診療所は一部にとどまる見込みです。

また、今改定では「患者の視点」を重視する観点から、明細書発行について活発な議論が行なわれました。その結果、

レセプト電子請求が義務付けられている医療機関では、原則、全患者に無償で提供を義務付け
レセプト電子請求が義務付けられていない医療機関では、明細書発行に関する状況を院内掲示
明細書の無料発行を行っている診療所に「明細書発行体制等加算(詳細は前述)」を新設

という形で落ち着いています。

最後に ～今後の方向性について～

最後に、診療報酬改定の今後の方向性について考察いたします。

ふくおかフィナンシャルグループでは、今年3月に、これまでご紹介してきた診療報酬改定や今後の医療制度改革を見据えた病院経営の方

向性を探るセミナーとして、「医業経営セミナー2010」を開催いたしました。

基調講演1でご講演いただいた国際医療福祉大学大学院の高橋教授によると「今回の診療報酬改定はそれほど大きなものとはなっていないものの、2012年に行なわれる診療報酬・介護報酬の同時改定の際にはかなり大胆な改革が行なわれる。今改定はその大改革へ向けての第一歩という位置づけになっている」と指摘。また、その方向性は「病床削減と機能分化」であり、最終的な目的地としては「急性期病床の密度を上げ、しっかりとした体制で急性期医療が実施できる体制の確立と、連携・往診を中心とした地域医療を守る体制を築ことになるだろう」とも述べられました。

今後、各医療機関は、診療報酬改定や医療制度改革の方向性に沿った経営戦略を検討するとともに、「医療の質」をより一層高め、患者や地域医療のニーズに応じた自院の強みや自院が今後担うべき役割を見出し、その分野の充実を図ることが重要ではないかと考えます。

(花谷 禎昭・松野 浩介)

医業経営セミナー2010開催概要

テーマ	診療報酬改定を見据えた病院経営を考える
開催日時	平成22年3月13日(土) 13:30～16:40
会場	福岡銀行本店ビル10階
参加者数	病院経営者及び病院職員110名
構成	基調講演1 講師：国際医療福祉大学大学院 医療経営管理分野教授・分野長 高橋 泰 氏 演題：「2012年以降の医療制度改革の展望」 基調講演2 講師：株式会社日本経営 代表取締役社長 藤澤 功明 氏 演題：「これからの病院経営を読む」 ～病院経営改革のポイントと診療報酬改定の動向～



医業経営セミナー2010開催風景

Keyword

* 5 明細書とは、検査の内容や薬品名、その回数や使用量まで詳細に記した領収書のこと。従来の領収書には、治療や検査にかかった費用しか書かれていなかった。なお、レセプトとは、医療機関が保険者(健康保険組合等)に請求する医療費の明細書のこと。