

月例セミナー (174 回)

2010年診療報酬改定について ～改定内容の解説と今後の病院経営について～

高橋 泰
国際医療福祉大学大学院 教授



高橋 泰 (たかはし たい)
国際医療福祉大学大学院 教授

講師経歴

■ 略歴

1986年 3月

金沢大学医学部 卒業

1986年 6月～ 1988年 3月

東京大学病院 第1第3第2内科・麻酔科で研修

1992年 3月

東京大学医学系大学院医学博士課程修了(医学博士)

1992年

米国スタンフォード大学留学

1994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

1997年 4月

国際医療福祉大学医療福祉学部医療経営管理学科 教授

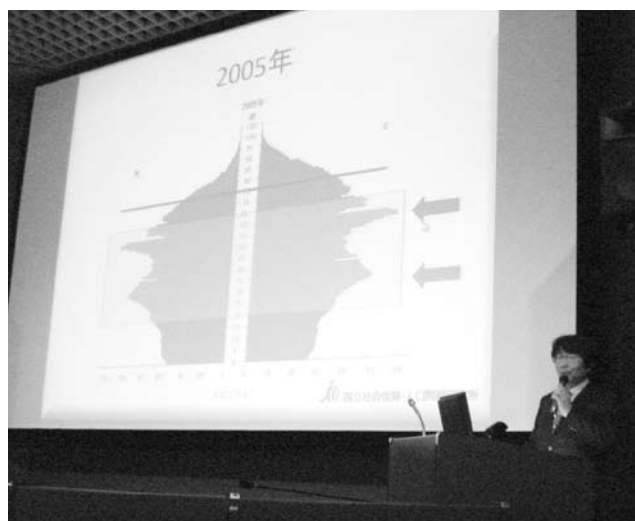
2005年

国際医療福祉大学医療福祉学部医療経営管理学科 学科長

2009年～

現職(国際医療福祉大学大学院 教授)

現在、全日本病院協会広報委員、介護保険部会委員、NPO法人日本DPC協議会副代表などを務める。専門は医療制度論、高齢者ケア(介護予防)であり、主な著書に「DPC 実践テキスト(じほう)」、「TAI 高齢者ケアプラン・ビジュアル作成(日経BP)」、「TAI 高齢者ケアプラン在宅編(日経BP)」、「介護予防プラン作成実践テキスト(環境新聞社)」などがある。



昨今の医療制度改革をふまえた法人運営(1)「大きな流れをつかもう」

国際医療福祉大学医療経営管理学科教授 高橋泰

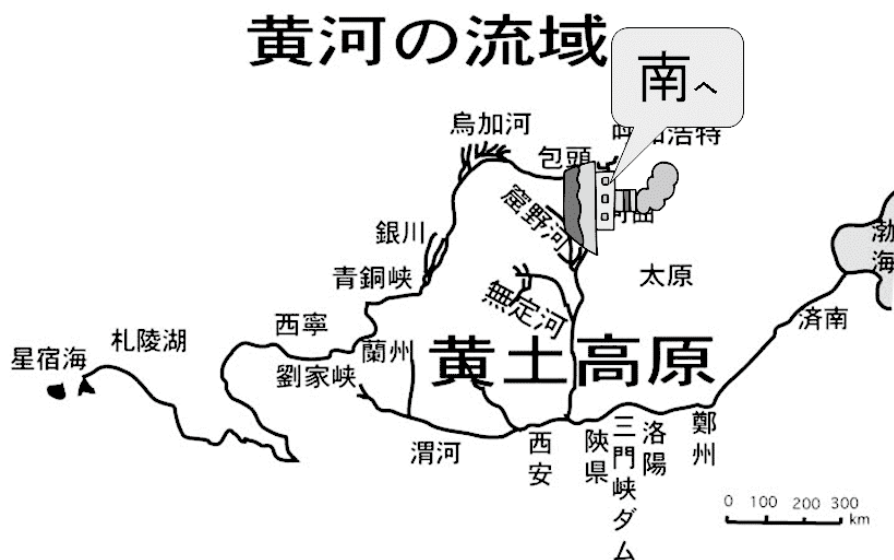
今月号から6回連載で、医療制度改革の動向を踏まえ、病院や関連施設の経営をどのような方向に向かって進めていくべきかを述べる。

まず今月は、医療制度改革の大きな流れの捉え方について述べる。「国は医療制度をどのように変えようとしているか、理解できない」、「医療制度改革の先行きが、全く読めない」という声を、医療関係者からよく耳にする。私は医療制度改革に関する講演を行うことが多いが、その冒頭で、医療制度改革の流れを捉えるのに有用な、船井幸雄先生の「一粒の人生論」という本の中に出てくる中国の大河の話をよく引用する。

(図1)の中の囲みの中の文章を読んだ後、以下の文章を読み進めていただきたい。

中国大陸を流れる二つの大河である揚子江と黄河は、マクロに見れば西から東に流れています。しかしミクロというか部分的に狭い範囲を見れば、北に流れたり、南に流れているところもあります。中には西に流れているところもあるでしょう。しかし全体の流れは、西から東に流れています。

(船井幸雄 著「一粒の人生論」)

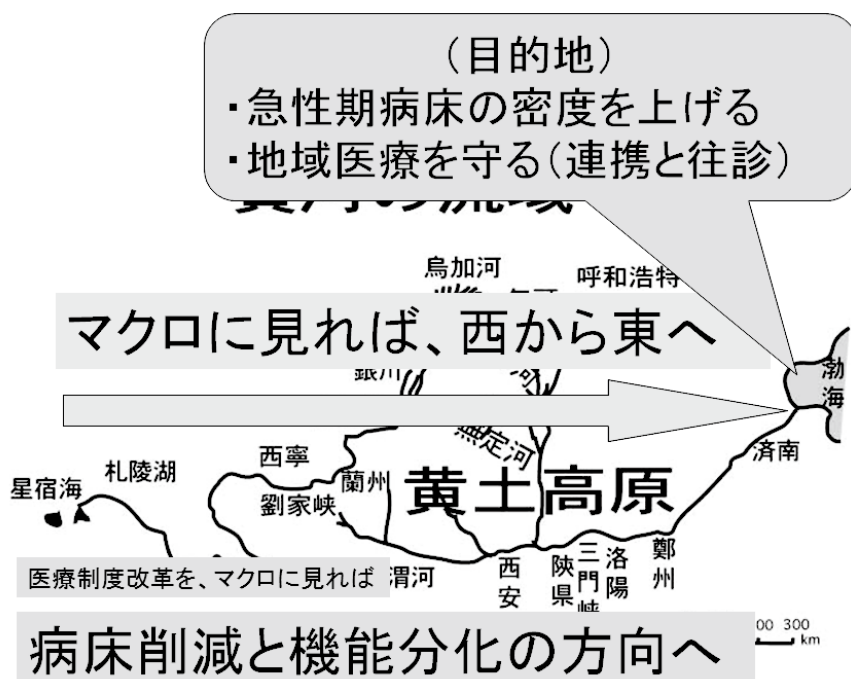


(図1: 黄河の流れ)

読者の皆さんが、(図1)に示す黄河を下る船の船員であると想像してみよう。河の流れる方向がこれだけ大きく変化すれば、皆さんは、船が現在どちらに向かっているかがわからなくなるだろう。ここ数年、医療制度が頻繁に大きく方向性を変えているので、頻繁に蛇行する黄河を進む船の船員が方向を見失うのと同様に、医療の現場が制度改革の方向性を

見失いがちになるのも無理はない。

しかしこのような時代こそ、制度がどちらに向かって流れているかをはっきり捉えなければならぬ。黄河が西から東に流れているように、医療制度も（図2）に示すように、「病床削減と機能分化」の方向に向かって流れており、その目的地は、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くことになるだろう。



(図2：医療制度改革の方向性と目的地)

日々の診療に追われているとなかなか気付きにくいですが、10年20年のスパンで見ると、これまで確実に病床削減と機能分化の方向に医療制度改革は進んでいる。例えば、平成2年病院は10,096施設をピークに、それ以降減少を続け、平成19年には8,862施設まで減少している。この17年の間に1200を超える施設が、病院の看板を下ろしている。

昨年、銚子市民病院が存続できないということで大騒ぎになった。この時に私は、約1200を超える施設がこれまで無くなっているのに、銚子市民病院のような大きな騒ぎがこれまで起こらなかったことに気付き、たいへん不思議に思った。なぜこれまで銚子のような騒ぎが起きなかったのだろうか。しばらく考えてたどり着いた結論は、「おそらくこれまでの廃院は、銚子市民病院の場合と異なり、無くなっても銚子市民病院ほどには市民生活に大きな支障が出ないような施設が病院の看板を下ろしてきたからであろう。このようなことが起きていたのは、これまで国が地域の必要性の低い病院のみが病院の看板を降ろすようにする政策誘導を粛々と続けてきたからであろう。」というものである。逆の見方をすると、銚子市民病院は、潰れると市民生活に大きな支障がでる病院が潰れそうになった初めてのケース（厚生労働省の病院数削減政策の初めての明らかな失敗例？）と

言えるのかもしれない。

もし厚生労働省が病院数削減政策を行わず、平成2年から病院数が1万を超えた状態が現在まで続いた場合を考えてみよう。この場合、1万を超える病院には、それぞれ医師や看護師が働いているので、現在の状況でも医師不足・看護師不足で悲鳴を上げている地域の基幹的な急性期病院では、現状より数段厳しい医師不足・看護師不足に見舞われているだろう。このように考えると、ほとんどの人が気づかないうちに、千数百の病院を粛々と減らし続けてきたこれまでの国の病床削減政策の進め方は巧妙であり、これまで誰もこの点を取り上げ褒めていないが、実は非常に高く評価されるべきものではないだろうか、この事件を契機に個人的に思い始めるようになった。

また10年スパンで考えると、病院の機能分化も着々と進んでいる。思い返してみると、10年前には医療療養病棟・介護療養用病棟もDPCも存在していなかったのだ。21世紀になってから、一般病床と療養病床が分かれ、介護療養病床の全廃が決まり、急性期を担うDPC病院が普及し、更に地域の基幹病院の選別も始まった。施設の機能分化に関しても、国は粛々かつ巧妙に進めているように思われる。

国の政策誘導に従って紹介・逆紹介を推進してきた病院の努力が水泡に帰すような紹介外来加算や急性期入院加算の廃止など、部分的に見れば本来東に向かって流れる黄河が局地的に西に向かって逆流するがごときに思われる診療報酬改定もあったのも事実である。しかしマクロに見れば、医療制度は、西から東へ、すなわち、病床削減と機能分化の方向に向かって確実に流れている。このような10年、20年スパンの大きな流れをつかむことが、経営戦略を考える第一歩であろう。

「勘どころ経営講座」WAM5月号

昨今の医療制度改革をふまえた法人運営(2)

敢えて“国”という抽象概念を用いず制度改革を予測する

なぜ、医療制度改革は行われるのか

今月は、なぜ医療制度改革が行われるのか、またどのような形で医療制度改革の一貫性が保たれているのかについて述べる。またこれらの問題を題材に、医療制度改革予測のコツを紹介する。

「基本的に人間は、大きく変わることを望まない」。まずこの点より、なぜ医療制度改革が行われるのかという問題を考え始めるべきであろう。医療の現場は、制度が大きく変わると、それに対応するために大きなエネルギーを費やさなければならない。当然多くの医療人は、面倒くさい制度変更の対応は望まないだろう。一方制度を変える厚生労働省側も、制度改革は上手くいって当たり前、まずい点があると国会などで追及されることもしばしばであり、できることなら現状維持が望ましいはずだ。

それではなぜ、改革が行われるのか。それは、医療のスリム化を求める外からの「圧力」

と崩壊に直面した急性期医療を守らねばならないという医療界の「内的要因」により制度改革を続けざるを得ない状況にあるからであろう。

まず外からの「圧力」とは、急激な高齢化の進展による医療費の自然増を抑え、医療制度を支える側（健康な国民）の経済的負担（保険料）や国の財政負担を小さくすることへの協力が医療界に求められることである。下の世代と比較して5倍以上の医療を消費する後期高齢者が今後20年間で倍増する。医療提供を今と同じ制度の下で続けていくと、結局は支える側が支え切れなくなるのは間違いない。医療制度改革を行わず、この傾向が持続すると、一律の診療報酬カットが蔓延し、救急やお産等の医療の必要性が高い領域に金が回らなくなり、国民生活に致命的な支障がでる可能性が高い。

また、医療提供側の「内的要因」とは、医師・看護師不足から端を発した急性期入院医療崩壊の現実である。日本の医療提供体制の特徴を一つだけ挙げると、「病院・病床が多い」ことであろう。一方、人口十万人当たりの医師数はOECD諸国平均の2/3、看護師数はほぼ平均である。その結果、我が国の医療提供の現場には、もともと数の少ない医師や看護師が、数の多い病床に“薄く・広く”配置されていることになる。もともと薄い人員配置に追い打ちをかけるように、医療が高度化し、一人の患者の対応に要する時間が長くなっている。更に患者の大病院志向による病院外来への患者集中、往診を行う開業医の減少による夜間診療における病院の比重の増大などが重なり、病院勤務の医師や看護師は“業務量の急増”に直面している。

医療制度改革は、将来的に拡大する医療費を逼迫した国の財源でも支えられるスリムな体制に変えてほしいという医療界の外部からの圧力と、もうこれ以上耐えきれない劣悪な労働環境下の急性期入院医療現場スタッフの悲痛な叫びにより、進んでいると言えよう。

今後外的圧力はますます強まり、内的要因も簡単には回復しないので、多くの医療関係者も役人も大掛かりな制度改革を望まないにも関わらず、今後も同じようなスピードで医療制度改革を続けざるを得ない状況が続くであろうと思われる。

どのように、医療制度改革の一貫性が保たれているのか

先月号では、マクロに見れば国の医療制度改革の方向性は、黄河が西から東に流れるがごとく、その方向性はほぼ一貫していると述べた。私は医療制度改革の一貫性がどのように保たれているかに興味があるので、「医療制度改革の一貫性を保つようコントロールしている人が、厚生労働省の内部あるいは外部（政治家など）にいますか。あるいは、省全体の政策の一貫性を担保する機能を担う部署がありますか。」という質問を、これまで複数の厚生労働省の官僚に投げかけたことがある。しかしこの質問に対する答えは、予想されたことではあるが、一様に「そのような人もいなければ、部署もない」というものであった。

しかし、医療制度改革の方向性は、意外にぶれずにこれまで引き継がれてきている。それではどのように医療制度改革の一貫性が保たれてきたのであろうか。この問題を考えているうちに、医療制度改革の伝承の仕方が、生物の遺伝の仕方と極めて似ていると考える

ようになった。例えば、「この赤ちゃん、お母さんにそっくり」という時、赤ちゃんという一個体が、お母さんより直接個体レベルで遺伝したとを感じる。しかし遺伝を荷うのは、細胞レベルであり、決して個体レベルではない。細胞が分裂する時、DNA、RNAを介して、確実に次の細胞に遺伝情報が伝えられる。そしてその細胞の集合体が赤ちゃんであり、細胞一個一個に両親の遺伝情報が確実に引き渡されるため、子供が父親に似たり母親に似たりする。遺伝は、細胞レベルで行なわれているのだ。霞が関では2年に1回の割合で官僚の移動があるにも関わらず、これまで医療制度改革の一貫性は保たれてきた。官僚の移動時の情報伝達も実は、組織（個体）レベルではなく個人（細胞）レベルで行われている。先の生物の遺伝になぞらえるならば、細胞同士（前任と後任）が閣議決定や介護分野でのゴールド・プランなどのDNAを介して情報の共有を行うことにより、医療制度改革の一貫性がある程度保たれてきたと言えよう。先月号より述べている、黄河が西から東に流れるがごとく、医療制度改革がこれまで病床削減と機能分化の方向に向かっているということは、この2つの目標は、厚生労働省の政策立案過程の代表的な遺伝情報であると、私は考えている。

一方、同一のDNAを有する一卵性の双子でも、環境が異なれば育ち方が異なるように、基本方針は受け継いでも、その時の社会情勢や担当者の個性により、出来上がる政策や制度改革の中身はある程度変化する余地がある。また、前任の担当者とその後も連絡を密に取り合い政策の一貫性が大切にされる場合もあれば、引き継いだあとは一切連絡を取らないようなケースもあるようだ。当然前者は一貫性が保たれ、後者の一貫性は保たれにくく、遺伝情報の伝承にも濃淡はあるだろう。

「国は、何を考えているかわからない」という言葉をよく耳にするが、私は個人的に医療制度改革の行方を予測するときは、この“国”という抽象概念をなるべく用いないようにしている。私の場合、「自分がもし、〇〇局〇〇課の担当課長であるならば、■■という基本方針（DNA情報）のもと、△△とうい問題を、▼▼という制約の中で、どのように処理するだろうか」という風に個人（細胞）レベル考えることが多い。このような推論を行うために必要な■■という基本方針や、▼▼という制約に相当する情報の多くは、その気になれば誰でも入手できる公開情報である。このようなやり方で推論を行うと、担当者を取りうる選択肢が意外に狭く、どのような方向性のアウトプットが出てくるかが予測できる場合が少なくない。“国”という抽象概念を用いず、自分が政策作成当事者になれば、どのような選択肢があるかというように細胞レベルで考えるのが、医療制度の行方を予測する極めて効果的なコツと言えよう。基本方針（DNA情報）のもと、その時の社会情勢と担当者の個性が影響して立案されるという視点で、厚生労働省の医療制度改革や診療報酬改定の内容を眺めてみると、これまで見えなかったことが見えるようになるので、試してみることを強くお勧めする。

2010年診療報酬改定の展望

診療報酬総額と病院・診療所間の配分について

政権交代が2010年度診療報酬改定作業に及ぼす影響

例年ならば、6月頃になると厚生労働省内で来年度の報酬改定の枠組みを決める議論が活発になり、また関連団体との話し合いも盛んになる。2006年と2008年の改定では、何が争点になってくるかが何となく聴こえて時期である。しかし今年は事情が違うようだ。この原稿を書いている2009年6月14日の時点で、昨年より継続的に検討が行われているDPCの調整係数廃止を除き、時期改定の争点がどのようなものであるかという具体的な話がほとんど聴こえてこない。

うがった見方かもしれないが、6月時点でまったく来年の争点に関する話が聴こえてこないことが、2010年度の改定の性格を色濃く反映しているような気がする。2006年、2008年改定と雰囲気が大きく異なっている最大の理由は「選挙」であろう。（この原稿を書いている現段階では、投票日すら決まっていないが、この原稿が掲載される8月号が発刊される頃には政局のゆくえがかなり明確になっているだろう。）もし選挙を気にせず例年通りに厚生労働省が次期改定の基本方針のたたき台になる案を作成したとしても、与党が民主党に移れば、大きく変更させられる可能性が高い。おそらく2010年度改定は、新政権の政策の基本方針が固まった段階から、例年より数か月遅れで改定作業が本格的に動き出し、例年以上にあわただしい雰囲気の中で具体的な内容がばたばたと決まっていくだろう。2010年度の改定は、その具体的な診療報酬改定の内容を、厚生労働省から見れば、短時間で、かつ、今までとは勝手が異なる新政権と協議しながら決めていかざるを得ないことも想定に入れざるを得ない状況にあることは間違いないだろう。

来年度の診療報酬改定に向けてのタイムスケジュールを考えると、間違いなく厚生労働省内では来年度の診療報酬の改定の基本方針について日々話し合っているはずであるが、政権交代の可能性を考慮し、これまで以上にその具体的な議論の内容が外に漏れないよう配慮を行なっているのではないだろうか。このように考えると、6月14日の時点で、未だ時期改定の基本方針がどのようなものであるかという具体的な話が全く聴こえてこないのも納得できる。

6月に東京都内で開かれたセミナーで、厚生労働省の官僚が2010年度新診療報酬改定の方角性について講演を行い、その中で「2012年度の診療報酬・介護報酬同時改定時にかなり大胆な改革がなされる。来年度の診療報酬改定は、その前哨戦という赴きになるだろう」と発言された。この発言は2012年の改定に焦点を当て、医療と介護の同時改定のインパクトの大きさを強調されたものであるが、来年度の診療報酬改定が、「現在の政治情勢から考えても、新政権発足後に厚生労働省に与えられる作業期間から考えても、来年度の診療報酬改定は大規模な改革は行いにくい情勢にある。」と言っているようにも聴こえた。

2010年診療報酬改定の構図

6月3日の財政制度等審議会は、2010年度予算編成に対する建議をまとめた。財政制度等審議会とは、予算編成をはじめ、国の財政全般のあり方を検討する財務大臣の諮問機関であり、建議とは、財政制度等審議会の中の財政制度分科会でまとめられる予算関連の意見書である。建議は、経済財政諮問会議がまとめる「来年度予算編成の基本方針」と並び、予算編成の一つの考え方として注目されており、財務省の意向を知るための格好の資料である。

今回の建議の中で、(1)医療費配分の見直し(経済的手法)、(2)医師適正配置(規制的手法)という2つの問題に多くのページを割かれている。医療費配分の見直しについては、①診療所に比して病院の診療報酬を手厚くする、②医師の能力に応じた配分を可能とする、という見直しの方向が提唱されている。また「次期改定においては、診療報酬総額についての議論のみならず、むしろ病院・診療所間の配分が適切に行われるよう、その配分の抜本的な見直しを行うことが重要である」と指摘している。一方今回の建議では、「社会保障費の伸び2,200億円抑制」に触れておらず、2,200億円抑制の根拠となった06年の「骨太の方針」に書き込まれた「11年度にプライマリー・バランスを黒字化させる」という「目標達成は困難と言わざるを得ない」と認めている。また医師適正配置に向けた検討課題には、開業制限や勤務選択への公的関与を認めている諸外国の例などをあげ、規制介入の可能性を検討するよう求めている。

この建議の重要な第一のメッセージは、2,200億円抑制の根拠が無くなり、また医療崩壊阻止を支持する国民世論や、現在の補正予算の大盤振る舞いの様子などから、来年度の改定も2008年度の改定同様、(若干であるかもしれないが)本体プラスの診療報酬改定が期待できることであろう。第二は、病院・診療所間の診療報酬配分の抜本的な見直しが医療の外より強く要求されていることである。

危機的な状況にある急性期医療の崩壊を防ぐためにも、開業ブーム抑制による医師適正配置を実現するにも、今回の建議で強調された病院・診療所間の診療報酬総額配分の抜本的な見直しが、2010年診療報酬改定の基本骨格になる可能性は高い。また「社会保障費の伸び2,200億円抑制」の縛りはなくなり、かつ前回同様若干の本体部分増額の改定が期待できるだろう。

一方、政権与党が民主党であろうと自民党であろうと、新政権発足後に診療報酬改定の具体的な内容に踏み入る時間的余裕がないので、おそらくこれまでの基本路線の踏襲的な動きしかできないであろう。建議の内容と、現在の社会情勢から、2010年の診療報酬改定の構図は、2008年の改定の構図と非常に似たものになると思われる。2008年1月31日の毎日新聞が2008年改定の雰囲気適切に解説しているので、その抜粋を以下に示す。

「08年度診療報酬改定の焦点となっていた開業医と勤務医の格差是正策は、開業医の再診料減額を見送る代わりに、「外来管理加算」を縮小する案などで決着した。

厚生労働省は、夜間や休日に診療する開業医の報酬を手厚くする一方で、再診料は引き下げ、時間外診療をしない開業医を淘汰（とうた）する考えだった。不足が著しい勤務医が安易に開業に走ることに歯止めをかける狙いもあった。しかし、開業医の影響が強い日本医師会（日医）は猛反発した。

日医は「何でも反対」でなく、身を切らせて骨を断つ作戦に出て成功した。医師の技術料の増額改定分（1000億円強）を、早くから「全額勤務医対策に回してもよい」と提案。軽度の治療に対する報酬廃止案も受け入れた。その代わり再診料については「基本給にあたる」（幹部）として、与党も味方につけて譲らない構えを崩さなかった。

以上をまとめると、2010年度の診療報酬改定の基本的な構図は、2008年度の改定の目玉商品であった「（新）入院時医学管理加算」や「亜急性Ⅱ」が「DPCの調整係数廃止」に代わり、あとは2008年とほとんど同じようなものになることが予想される。2010年の2月初頭に2010年度診療報酬の概要を紹介する新聞記事が書かれるとすると、「医療費本体は増額されるが、・・・その全ては病院に回されることとなった。・・・また、再診料下げなど診療所の収入減になる方針を厚生労働省が打ち出し、日本医師会がそれに猛反対した。・・・」というようなものになり、少なくとも記事の大半は、2008年1月31日の毎日新聞の記事と同様の内容になるような気がする。もし変わるとすると最後の部分であり、今回の建議で強調された病院・診療所間の診療報酬総額配分の抜本的な見直しが、ある程度実現する可能性は否定できないだろう。

■初・再診料 2/12 キャリアブレイン

- 再診料については、診療所（71点）を2点引き下げる一方、病院（60点）を9点引き上げ、69点で統一する。
- また、再診料に対する「外来管理加算」（52点）は、2008年度の診療報酬改定で導入された「5分要件」を廃止し、診療時間が短くても算定できるようにする。代わりに、薬の処方をメインにしたいわゆる“お薬外来”をなくすための要件を加える。
- 一方で、標榜している診療時間以外に患者からの電話の問い合わせに対応し、必要に応じて診察したり、専門医を紹介したりする診療所には、「地域医療貢献加算」（3点）の再診料への上乗せを認める。
- また、レセプト並みの明細書を無料発行している診療所には、「明細書発行体制等加算」として再診料ごとに1点の算定を認める。
- これら2つの加算を新設するのに伴い、地域医療に貢献したり、明細書を発行したりすれば再診料の引き下げ分を上回る最大4点を上乗せできることになる。厚生労働省では、地域医療貢献加算を算定できるのは全診療所の3割程度と見込んでいる。
- 中医協による議論では、再診料の統一と外来管理加算の「5分要件」の取り扱いをめぐる、診療側と支払側が激しく対立。特に診療側の安達秀樹委員（京都府医師会副

会長)は、「個人診療所の71点(の維持)は増点でも何でも無い」などと抗議し、診療所を引き下げる形での統一に最後まで反対した。

- 決着は中立の公益側による裁定に持ち込まれ、2月10日の総会で診療所を2点引き下げる公益案が示されると、安達委員は「許容することは到底できない」と抗議し、いったん退席した。
- 中医協が改定案と共に長妻厚労相に提出した附帯意見では、再診料を含む基本診療料に対する影響を検証し、その結果を今後の報酬改定に反映する方向性が盛り込まれた。

昨今医療制度改革を踏まえた法人経営 (WAM9月号)

2012年以降の医療制度は、どのように変わっていくか

2012年以降の改革の焦点は、非DPC一般病床の扱い

先月号において、厚生労働省のある官僚が6月に東京都内で開かれたセミナーで、「**2012年度の診療報酬・介護報酬同時改定時にかなり大胆な改革**がなされる。**来年度の診療報酬改定は、その前哨戦**という赴きになるだろう」と発言されたことを紹介した。2010年の改定も終わっていないので少し気が早いかもしれないが、今回は連載の最終回であるので、医療制度改革の大きな分岐点となる2012年及びその後の展開を予測する。

まず、病床の機能レベルに着目しながらここ数年の診療報酬改定で行われた大きな改革内容を振り返る。2003年に特定機能病院からDPCが始まり、2004年の診療報酬改定で亜急性病床が新設された。2006年度改定で医療区分の導入・介護療養廃止という療養病床の大きな改革が行われた。2008年度改定で入院時医学管理加算と亜急性Ⅱ病床が新設された。次回の2010年改定で調整係数が廃止されると、DPCを中心とする高度急性期病床の改革も一段落するだろう。病床の機能レベルを「DPC病床(高)、DPCに参入していない一般病床(中)、亜急性・回復期・療養病床(低)」として、2003年から2010年までの入院医療提供体制の改革を振り返ると、機能レベルの高い部分(DPC)と機能レベルの低い部分(亜急性・回復期・療養病棟)の改革は着手されたが、真ん中の部分(DPCに参入していない一般病棟)は、未だ手つかずといった状況にあることに気付くだろう。このように考えると、2012年改定以降の主要なターゲットは、これまで手つかずであった「DPCに参入していない一般病棟」になる可能性は高いと思われる。

社会保障国民会議が描いたシナリオから見えてくる医療制度改革の方向性

今後政党や厚生労働省の官僚が医療制度改革をどちらに向かって進めるかを考える時に、根拠とする資料(データ)が必要になる。医療制度改革の方向性を決めるのに有用な資料(データ)になりうるものとして現時点で最も有力なものは、2008年11月に発表された社会保障国民会議の最終報告書に示された医療・介護の将来費用推計(シミュレーション)であろう。この中で示された方向性やシミュレーションの結果を根拠として、今後の医療

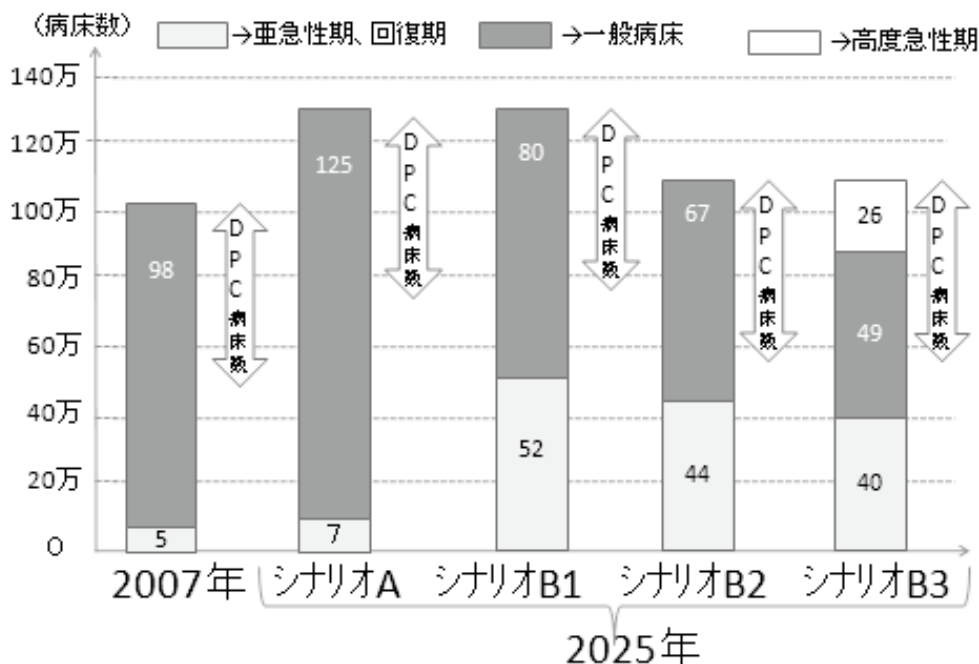
制度改革の議論は進んでいくことが予想される。

社会保障国民会議の最終報告書では、将来の社会保障に関する複数のシナリオが描かれ、このシナリオをもとに社会保障を実行するために必要な予算規模をシミュレーションしている。シナリオには、改革を行わず高齢化の進展に合わせてベッドを増やしたシナリオ（Aシナリオ）と、「集中と選択」あるべき姿を目指した改革を行った場合のシナリオをBシナリオが用意され、Bシナリオには更に3つの改革シナリオ（B1シナリオ、B2シナリオ、B3シナリオ）が用意されている。

（図1）は、今回のシミュレーションにおいて各シナリオ別に示された一般病床のベッド数をもとに作者が作成したグラフである。最終報告書の中で今回のグラフ作成に必要な数字が示されていない場合は、他の統計資料を参照し、筆者が、内訳（例：2007年の病床数を一般病床98万床、回復期リハ・亜急性病床5万床に分けた）などを加えた。また参考値として現在約50万床あるDPC病床数の分量を両方向矢印で示した。

改革を行わず高齢化の進展に合わせてベッドを増やしたAシナリオによると、2007年時点の「亜急性・回復期：5万床、その他の一般病床が98万床」が、2025年には「亜急性・回復期：7万床、一般病床が125万床」程度に膨れ上がると予測している。亜急性・回復期等の病床への機能分化を推し進めたB1シナリオでは、「亜急性・回復期：52万床、一般病床：80万床」に、集中と選択を徹底したB2シナリオでは、「亜急性・回復期：44万床、一般病床：67万床」になると予測している。更に機能分化を推し進め一般病床を高度急性期と一般急性期に分けるB3シナリオによると、「亜急性・回復期：40万床、一般病床：49万床、高度急性期病床：26万床」になることが示されている。

図1：シナリオ別急性期病床数の推移予測



このグラフを病床転換の立場から眺め直すと

(シナリオ A)

- ・一般病床 27 万床、亜急性・回復期 2 万床、高齢者数の増加に応じて増床する必要がある

(シナリオ B1)

- ・現在の 98 万床の一般病床から 18 万床を亜急性・回復期病床に転換し、更に亜急性・回復期病床を 29 万床増床する必要がある（一般病床は、2007 年の 98 万床から 18 万床が転換されれば 80 万床になる。亜急性期・回復期は、現在の 5 万床＋転換 18 万床＋29 万床で 52 万床になる）

(シナリオ B2)

- ・現在の 98 万床の一般病床から 31 万床を亜急性・回復期病床に転換し、更に亜急性・回復期病床を 8 万床増床する必要がある

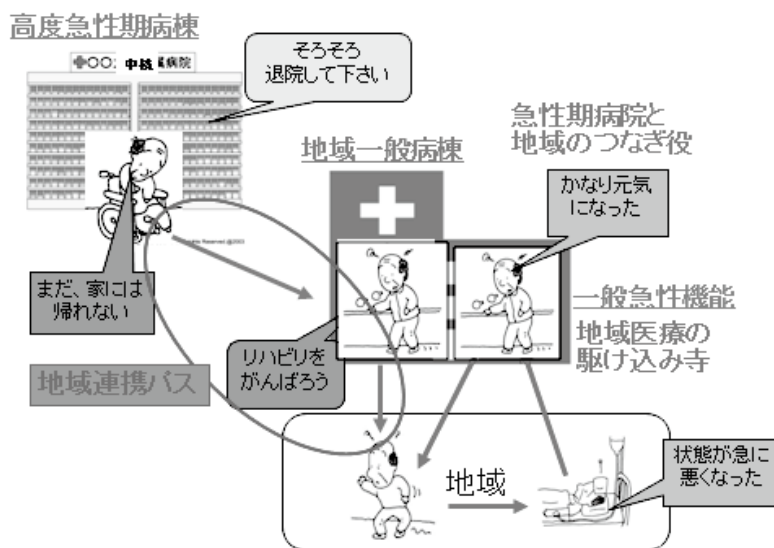
(シナリオ B3)

- ・現在約 50 万床ある DPC 病床の中から約半数（25 万床程度）を高度機能病床へ、約半数（25 万床程度）を一般病床にする。また、現在の約 50 万床の非 DPC 一般病床のうち、約半数（25 万床程度）が一般病床に、約半数（25 万床程度）が亜急性・回復期病床に転換し、更に亜急性・回復期病床を 10 万床増床する必要がある

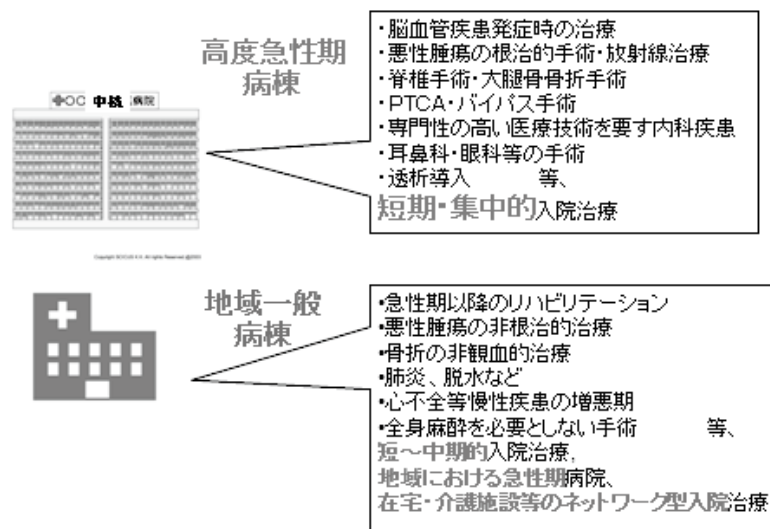
という結果が見えてくる。

ここで上記の数値は、2025 年の社会保障収支のシミュレーションを行うために仮に設定したものであり、これらの数字は政策的に決定されたものではないことを強調しておく。しかし一方、病院を経営していく立場にある方々は、「今後 B2 シナリオ的な方向に改革が進めば、約 30 万床程度の一般病床が亜急性・回復期病床に転換される必要があり、なんらかの診療報酬などによる政策的誘導が行われることになる。B3 シナリオ的な方向に改革が進めば、現在の DPC 病院の約半数が高度機能、約半数が一般病床、非 DPC 病床の約半数が一般病床、約半数が亜急性・回復期病床」というような自分なりの医療制度改革の将来見込みを持つことは、極めて大切であろう。

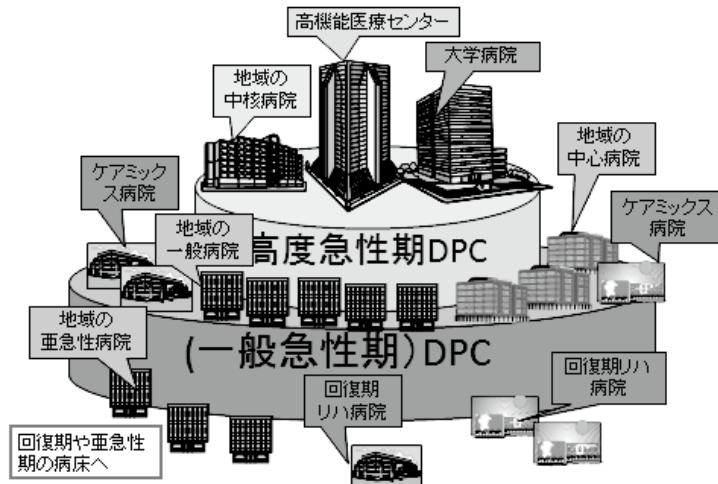
連歳の最後に、少し大胆な予測を述べる。B2 シナリオ的に今後の医療制度改革が進むと、31 万床を亜急性・回復期病床に転換させる必要がある。このとき役所が特定の病院に対して、「〇〇病院さんは一般病床を維持するのは無理なので、亜急性・回復期病床に転換してください」とは、言えないだろう。大規模な転換を進めるために使える手法として現在考え得るものは、オール包括（全ての一般病床を包括払いにする）以外に、見当たらない。「一般病床を維持したいなら、DPC 病院の条件を満たしてください。この条件を満たせないならば、亜急性・回復期病床に転換してください」というような条件を設定して、病院に将来の進路を選ばせる手法が、病床転換を推進する有力な選択肢として考えられる。今後の政局により医療制度改革がどちらの方向に進むか正確に予想は困難であるが、2006 年改定で「6 年後に介護療養廃止」という決定が発表されたのと同様に、2012 年の改定において「6 年後に出来高払い廃止」というような決定が発表される可能性も、病院の経営者は視野に入れておく必要があるのではないだろうか。

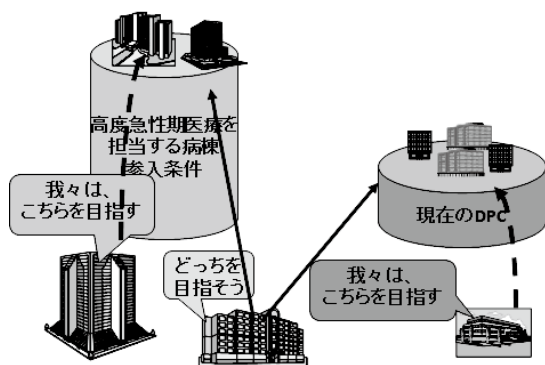


病態・手技レベル別病棟の役割分担



高度急性期&地域一般(2階建て)





現状 → B3 へ

青森の病院

	病院名	一般	回復期リハ	緩和ケア	療養	精神	計	将来予測
急性期	1 青森県立中央病院	705					705	高度急性期DPC?
	2 青森市民病院	538					538	急性期DPC?
	3 青森市立浪岡病院	92				107	199	?
ケアミックス・回復期・療養	4 青森厚生病院	227			55		282	一般急性期DPC+ケアミックス
	5 あおもり協立病院	準備 133	90				223	一般急性期DPC+回復期
	6 青森慈恵会病院	DPC 48	144	22	35	82	332	一般急性期DPC+ケアミックス
	7 青森敬仁会病院		60		60		120	回復期+療養
	8 村上病院	80	40				120	一般急性期DPC+回復期?
	9 近藤病院	53			54		107	療養病棟?
	10 渡辺病院	15			75		91	療養病棟?
	11 浪打病院	41			28		69	療養病棟?
	12 佐藤病院				35		35	療養病棟?
	透析	13 村上新町病院	46			32		78
14 鷹揚郷青森病院		45					45	一般急性期DPC
政策医療	15 国立病院機構青森病院	320					320	?
	16 あすなる医療療育センター	100					100	?
	17 国立療養所 松丘保養園	477					477	?
精神科	18 青森県立つしが丘病院					350	350	
	19 青い森病院					160	160	
	20 芙蓉会病院				53	354	407	
	21 生協さくら病院					192	192	
	22 浅虫温泉病院					198	198	
	合計	2920	334	22	430	1443	5149	

どうなる、将来の青森の病院？

東京市区町村別ベッド数

住所	現在										人口	面積
	病院の病床								施設			
	DPC 対象 病院	DPC 準備 病院	一般	療養	精神	感染	結核	伝染	老健	特養		
千代田区	976	0	2273	0	54	0	0	0	0	137	44,623	11.64
中央区	1208	0	1208	0	0	0	0	0	100	245	112,992	10.17
港区	2253	0	3889	22	49	0	0	0	200	511	212,667	20.34
台東区	444	0	644	304	0	0	0	0	250	293	172,060	10.08
文京区	3772	0	5202	27	131	0	47	0	189	419	198,244	11.31
北区	280	0	1618	401	203	0	0	0	229	881	334,156	20.59
荒川区	0	51	1123	443	0	0	0	0	405	348	199,845	10.2
足立区	499	307	3739	1026	1287	0	0	0	975	1589	637,119	53.2
葛飾区	1104	0	1862	332	209	0	15	0	873	1345	430,239	34.84
墨田区	1366	199	2274	178	0	0	0	0	507	466	241,839	13.75
江戸川区	878	0	1911	549	42	0	60	0	783	1046	667,686	49.86
江東区	842	0	2325	75	129	0	0	0	700	1094	447,352	39.94
品川区	1510	42	2269	0	66	0	0	0	100	572	359,319	22.72
大田区	2517	337	4126	712	128	46	20	0	570	1320	680,182	59.46
渋谷区	1298	423	2147	539	53	2	0	0	100	401	203,649	15.11
目黒区	1391	791	2402	142	50	0	0	0	220	500	268,750	14.7
世田谷区	1602	0	3569	677	2058	50	0	0	679	1256	861,977	58.08
新宿区	5412		5912	25	163	4	80	0	350	370	314,956	18.23
中野区	1278	0	1574	476	0	0	0	0	100	585	313,714	15.59
杉並区	720	0	1364	911	0	0	0	0	318	1104	539,179	34.02
豊島区	508	0	1553	312	0	0	0	0	206	546	259,320	13.01
板橋区	3857	0	5556	2319	1615	32	0	0	868	1148	533,529	32.17
練馬区	429	338	1347	363	1413	0	0	0	620	1272	709,598	48.16
	34144	2488	59887	9833	7650	134	222	0	9342	17448	8742995	617.17
八丈島	0	0	52	0	0	0	0	0	0	100	8445	72.62
武蔵野市	591	0	1114	128	0	20	0	0	147	222	138669	10.73
三鷹市	1121	203	1498	239	1217	0	0	0	251	210	181732	16.5
調布市	0	128	501	279	842	0	0	0	375	369	222113	21.53
府中市	737	492	2155	137	690	0	48	0	486	510	250478	29.34
小金井	0	0	248	164	500	0	0	0	197	196	115468	11.33
国分寺	0	0	315	151	0	0	0	0	50	235	119796	11.48
国立市	0	0	56	8	0	0	0	0	211	145	73441	8.15
小平市	478	99	1146	381	1279	0	0	0	100	547	186492	20.46
西東京市	453	0	717	63	355	0	0	0	130	540	193986	15.85
東村山市	344	0	1940	324	710	0	40	0	474	884	148443	17.17
立川市	1187	50	1445	125	63	0	0	6	378	612	176937	24.38
西多摩郡	0	0	105	425	60	0	0	0	459	1845	58577	375.96
日野市	300	0	420	340	287	0	0	0	507	355	180271	27.53
八王子市	1270	507	3021	1866	4124	8	0	0	793	2190	571697	186.31
町田市	644	0	1544	787	1653	0	0	0	570	1158	416909	71.63
昭島市	381	0	578	360	0	0	0	0	396	390	111552	17.33
福生市	265	0	570	96	0	0	0	0	100	449	60315	10.24
あきる野市	0	310	370	100	120	0	0	0	151	1300	80381	73.34
青梅市	688	0	1354	915	2577	0	0	4	205	2368	141336	103.26
狛江市	534	0	534	136	20	0	31	0	0	134	78137	6.39
東久留米市	0	0	94	0	183	0	0	0	150	590	115761	12.92
清瀬市	238	0	1299	673	255	0	283	0	265	514	73537	10.19
羽村市	0	0	0	246	0	0	0	0	100	370	57080	9.91
多摩市	707	0	1086	298	1058	0	0	0	250	460	149942	21.08
稲城市	290	0	290	199	459	0	0	0	195	338	82230	17.97
東大和市	274	0	402	0	0	0	0	0	100	326	81518	13.54
武蔵村山市	120	0	719	104	0	0	0	0	150	0	69334	15.37
	10622	1789	23573	8544	16452	28	402	10	7190	17357	4144577	1232.51

東京（市区町村別）人口1000人当たりのベット数

	DPC 対象 病院	DPC 準備 病院	DPC 病院	非 DPC 一般	療養	一般	療養	精神	感染	結核	伝染	老健	特養	施設
千代田区	21.9	0.0	21.9	29.1	0.0	50.9	0.0	1.2	0.0	0.0	0.0	0.0	3.1	3.1
文京区	19.0	0.0	19.0	7.2	0.0	26.2	0.1	0.7	0.0	0.2	0.0	1.0	2.1	3.2
新宿区	17.2	0.0	17.2	1.6	0.0	18.8	0.1	0.5	0.0	0.3	0.0	1.1	1.2	2.4
港区	10.6	0.0	10.6	7.7	0.0	18.3	0.1	0.2	0.0	0.0	0.0	0.9	2.4	3.4
清瀬市	3.2	0.0	3.2	14.4	0.0	17.7	9.2	3.5	0.0	3.8	0.0	3.6	7.0	19.7
東村山市	2.3	0.0	2.3	10.8	0.0	13.1	2.2	4.8	0.0	0.3	0.0	3.2	6.0	11.3
中央区	10.7	0.0	10.7	0.0	0.0	10.7	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.9	2.2	3.1
渋谷区	6.4	2.1	8.5	2.1	2.1	10.5	2.6	0.3	0.0	0.0	0.0	0.5	2.0	5.1
板橋区	7.2	0.0	7.2	3.2	0.0	10.4	4.3	3.0	0.1	0.0	0.0	1.6	2.2	8.1
武蔵村山市	1.7	0.0	1.7	8.6	0.0	10.4	1.5	0.0	0.0	0.0	0.0	2.2	0.0	3.7
青梅市	4.9	0.0	4.9	4.7	0.0	9.6	6.5	18.2	0.0	0.0	0.0	1.5	16.8	24.7
福生市	4.4	0.0	4.4	5.1	0.0	9.5	1.6	0.0	0.0	0.0	0.0	1.7	7.4	10.7
墨田区	5.6	0.8	6.5	2.9	0.8	9.4	0.7	0.0	0.0	0.0	0.0	2.1	1.9	4.8
目黒区	5.2	2.9	8.1	0.8	2.9	8.9	0.5	0.2	0.0	0.0	0.0	0.8	1.9	3.2
府中市	2.9	2.0	4.9	3.7	2.0	8.6	0.5	2.8	0.0	0.2	0.0	1.9	2.0	4.5
三鷹市	6.2	1.1	7.3	1.0	1.1	8.2	1.3	6.7	0.0	0.0	0.0	1.4	1.2	3.9
立川市	6.7	0.3	7.0	1.2	0.3	8.2	0.7	0.4	0.0	0.0	0.0	2.1	3.5	6.3
武蔵野市	4.3	0.0	4.3	3.8	0.0	8.0	0.9	0.0	0.1	0.0	0.0	1.1	1.6	3.6
多摩市	4.7	0.0	4.7	2.5	0.0	7.2	2.0	7.1	0.0	0.0	0.0	1.7	3.1	6.7
23区内	3.9	0.3	4.2	2.7	0.3	6.8	1.1	0.9	0.0	0.0	0.0	1.1	2.0	4.2
狛江市	6.8	0.0	6.8	0.0	0.0	6.8	1.7	0.3	0.0	0.4	0.0	0.0	1.7	3.5
品川区	4.2	0.1	4.3	2.0	0.1	6.3	0.0	0.2	0.0	0.0	0.0	0.3	1.6	1.9
八丈島	0.0	0.0	0.0	6.2	0.0	6.2	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	11.8	11.8
小平市	2.6	0.5	3.1	3.1	0.5	6.1	2.0	6.9	0.0	0.0	0.0	0.5	2.9	5.5
大田区	3.7	0.5	4.2	1.9	0.5	6.1	1.0	0.2	0.1	0.0	0.0	0.8	1.9	3.8
豊島区	2.0	0.0	2.0	4.0	0.0	6.0	1.2	0.0	0.0	0.0	0.0	0.8	2.1	4.1
足立区	0.8	0.5	1.3	4.6	0.5	5.9	1.6	2.0	0.0	0.0	0.0	1.5	2.5	5.6
23区外	2.6	0.4	3.0	2.7	0.4	5.7	2.1	4.0	0.0	0.1	0.0	1.7	4.2	8.0
荒川区	0.0	0.3	0.3	5.4	0.3	5.6	2.2	0.0	0.0	0.0	0.0	2.0	1.7	6.0
八王子市	2.2	0.9	3.1	2.2	0.9	5.3	3.3	7.2	0.0	0.0	0.0	1.4	3.8	8.5
江東区	1.9	0.0	1.9	3.3	0.0	5.2	0.2	0.3	0.0	0.0	0.0	1.6	2.4	4.2
昭島市	3.4	0.0	3.4	1.8	0.0	5.2	3.2	0.0	0.0	0.0	0.0	3.5	3.5	10.3
中野区	4.1	0.0	4.1	0.9	0.0	5.0	1.5	0.0	0.0	0.0	0.0	0.3	1.9	3.7
東大和市	3.4	0.0	3.4	1.6	0.0	4.9	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	1.2	4.0	5.2
北区	0.8	0.0	0.8	4.0	0.0	4.8	1.2	0.6	0.0	0.0	0.0	0.7	2.6	4.5
あきる野市	0.0	3.9	3.9	0.7	3.9	4.6	1.2	1.5	0.0	0.0	0.0	1.9	16.2	19.3
葛飾区	2.6	0.0	2.6	1.8	0.0	4.3	0.8	0.5	0.0	0.0	0.0	2.0	3.1	5.9
世田谷区	1.9	0.0	1.9	2.3	0.0	4.1	0.8	2.4	0.1	0.0	0.0	0.8	1.5	3.0
台東区	2.6	0.0	2.6	1.2	0.0	3.7	1.8	0.0	0.0	0.0	0.0	1.5	1.7	4.9
町田市	1.5	0.0	1.5	2.2	0.0	3.7	1.9	4.0	0.0	0.0	0.0	1.4	2.8	6.0
西東京市	2.3	0.0	2.3	1.4	0.0	3.7	0.3	1.8	0.0	0.0	0.0	0.7	2.8	3.8
稲城市	3.5	0.0	3.5	0.0	0.0	3.5	2.4	5.6	0.0	0.0	0.0	2.4	4.1	8.9
江戸川区	1.3	0.0	1.3	1.5	0.0	2.9	0.8	0.1	0.0	0.1	0.0	1.2	1.6	3.6
国分寺	0.0	0.0	0.0	2.6	0.0	2.6	1.3	0.0	0.0	0.0	0.0	0.4	2.0	3.6
杉並区	1.3	0.0	1.3	1.2	0.0	2.5	1.7	0.0	0.0	0.0	0.0	0.6	2.0	4.3
日野市	1.7	0.0	1.7	0.7	0.0	2.3	1.9	1.6	0.0	0.0	0.0	2.8	2.0	6.7
調布市	0.0	0.6	0.6	1.7	0.6	2.3	1.3	3.8	0.0	0.0	0.0	1.7	1.7	4.6
小金井	0.0	0.0	0.0	2.1	0.0	2.1	1.4	4.3	0.0	0.0	0.0	1.7	1.7	4.8

■入院料（一般病棟など） 2/12 キャリアブレイン

- 一般病棟の 15 対 1 入院基本料（1 日につき 954 点）は 934 点に下げ一方、一般病棟での入院早期の加算を、現在の 428 点から 450 点（14 日まで）に引き上げる。08 年度に新設された準 7 対 1 入院基本料は廃止する。
- また、一般病棟や結核、精神病棟のうち「7 対 1」と「10 対 1」の看護配置を敷いている病棟で、「72 時間ルール」だけを満たせない場合に算定できる「7 対 1」「10 対 1」特別入院基本料を新設。所定の入院基本料の 80%の算定を 3 か月間だけ認める。ただし、▽算定期間中も引き続き看護師の確保に努力し、その旨を地方厚生局などに届ける▽最後に算定してから 1 年以内は、この基本料を算定できない—などの条件付き。

（高度急性期病院）

- また、現在の「入院時医学管理加算」（1 日につき 120 点）は「**総合入院体制加算**」に名称変更し、総合的かつ専門的な入院医療をいつでも提供できる病院への評価として明確化する。点数や要件は見直さない。

救命救急入院料の評価の見直し

充実した救命救急センター（1 日につき）

充実度評価 A の加算 500 点→**1,000 点**

→充実度 B 加算 500 点

ハイケアユニット

入院医療管理料について、その評価を引き上げるとともに要件の緩和 3700 点→4500 点

院内トリアージ加算 30 点

[施設基準]

- ①院内トリアージの**実施基準**を定め、院内掲示等により受診者に周知していること。
- ②患者の来院後速やかに院内トリアージが実施され、患者に説明がなされているとともに、一定時間経過後に再評価が行われていること。

新生児集中治療・救急医療の評価

- NICU（新生児特定集中治療室管理料）の評価 8500 点→10000 点
- 新生児特定集中治療室管理料 2 の新設 6000 点
- ハイリスク新生児受入れのための要件緩和

新生児加算を新設

新生児加算 1000点 乳幼児加算 500点

小児入院医療管理料の再編成

小児入院医療管理料に常勤小児科医

9人以上の新たな区分を新設

- 1 (常勤小児科医 20人以上) 4,500点 → 1(常勤小児科医 20人以上) 4,500点
2(常勤小児科医 9人以上) 4,000点

1. 救命救急入院料 小児加算 新設 特定集中治療室管理料 小児加算

救命救急入院料 小児加算 5,000点 (入院初日1回)

- ・ 15歳未満の重篤な小児救急患者を受入れた場合。
- ・ 15歳未満の重篤な小児患者に対し、特定集中治療室管理が行われた場合。

2. 新生児治療回復室(GCU)への受入れに対する評価の新設

3. 超重症児(者)入院診療加算の見直し

- ・ 新生児治療回復室入院医療管理料 5400点(1日につき)

1 超重症児(者)入院診療加算

- イ 6歳未満の場合 600点→800点
- ロ 6歳以上の場合 300点→400点

外保連試案を活用した手術料の引き上げ

- ・ 「外保連試案第7版」を活用し、外科系の診療科で実施される手術や小児に対する手術など、高度な専門性を要する手術をより高く評価する。

(1) 評価対象手術

- ・ 外科系の診療科で実施される手術の評価には病院勤務医の負担軽減対策という観点もあることから、主として病院で実施している手術を優先して評価する。なお、病院で実施されることが多い手術を対象とすると、手術項目数全体の半分程度を評価することができる。

(2) 手術料の引き上げ

- ・ 外保連試案においては、技術度・協力者数・所要時間等を勘案し、それぞれの技術に応じた費用が算出されている。こうしたデータを踏まえ、現行点数との乖離が大きい一方で高度な専門性を要すると分類されている技術度区分E及びDの手術について、それぞれ現行点数の50%増及び30%増とすることを目安としつつ、個別の点数差については外保連試案を用いて整合をとることとする。

(3) 小児に対する手術評価の引き上げ

- 現行上、3歳未満の小児に係る手術については乳幼児加算が認められているが、3歳以上6歳未満の小児についても同様に高度な技術が求められることから、加算の対象年齢を6歳未満に拡大する。

重点課題 2-2 医師の業務そのものを減少させる取組に対する評価について

1. **看護補助**者の配置の評価

急性期の入院医療を担う 7 対 1 入院基本料及び 10 対 1 入院基本料について、看護補助者の配置の評価を新設する。

急性期看護補助体制加算 (1日につき)

- 1 急性期看護補助体制加算 1 (50対1) 120点
- 2 急性期看護補助体制加算 2 (75対1) 80点

2. 多職種からなるチームによる取組の評価

1. 栄養サポートチーム加算 200点 (週1回)
2. 呼吸ケアチーム加算 150点 (週1回)

3. 病院勤務医の事務作業を補助する職員の配置に対する評価

15:1 補助体制加算 810点 (入院初日)

20:1 補助体制加算 610点 (入院初日) 他のレベルも報酬 (↑)

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

厚生労働省の資料を基に編集部で作成

○「勘どころ経営講座」WAM 8月号

都市部の在宅高齢者向けの医療の提供

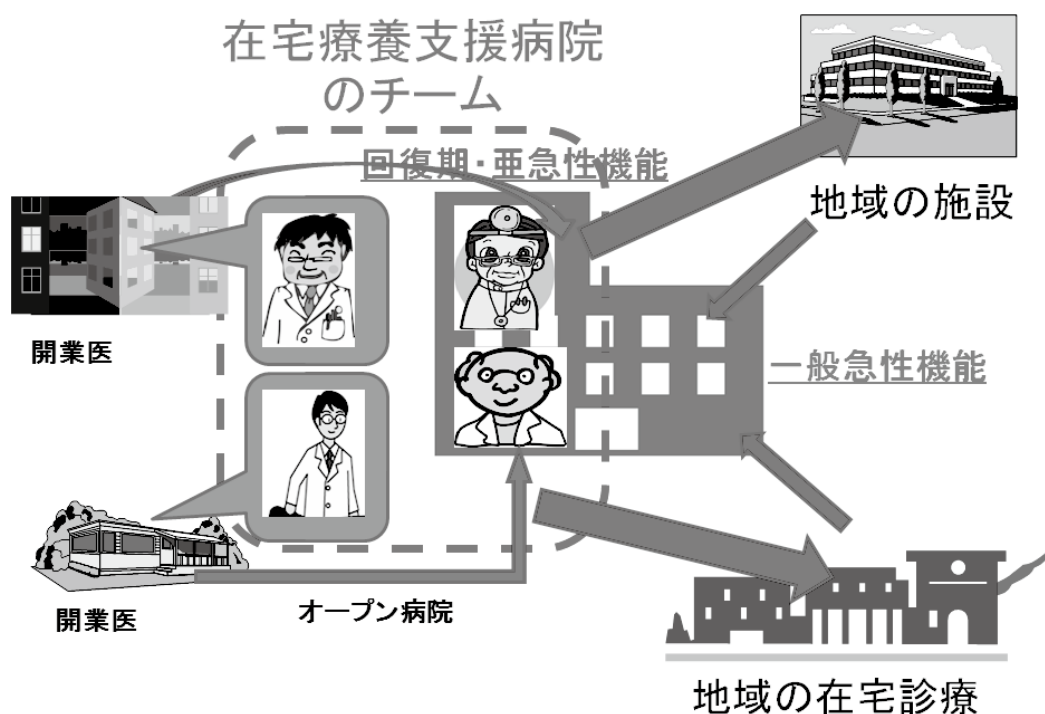
上記のように都市型地域の介護保険施設は予想外に多いと述べたものの、これから高齢者が急増する都市型地域の人口当たりの施設数が地方型地域の半分から 2/3 程度しか存在しないのは、厳しい現実である。医療機関や福祉施設を運営する経営者から、「在宅、在宅といっても、在宅なんかできっこない」という声をよく耳にするが、東京の都心部で、特別養護老人ホームのような終の棲家的施設を加速度的に建設していくことは無理であろう。

都市型地域への対応を意識したと思われる診療報酬改定が 2006 年度と 2008 年度に行われている。2006 年は、在宅療養支援診療所が新設された。在宅療養支援診療所とは、当該診療所、又は他の保険医療機関の保険医との連携により、当該診療所を中心として、患家の求めに応じて、24 時間往診が可能な体制を確保し、往診担当医の 氏名、担当日等を文書で患家に提供している訪問診療形態であり、それまでの往診と比べ格段に高い点数が設定された。東京を中心とする都市部で急速に伸び、現在東京の往診の半分以上が、在宅療養支援診療所が行っていると言われている。患者が密集している都市部では非常に採算性がよく、今後も都市部を中心に伸びていくものと思われる。

また 2008 年の改定では、新たに在宅療養支援病院の点数が新設された。いくつかの条件を満たせば、病院が在宅療養支援診療所を開設できるという内容である。しかし条件の中に「当該病院を中心とした半径 4 キロメートル以内に診療所が存在しないこと」という病院・診療所の数の多い日本の現状にそぐわない条件が加わったため、ほとんどの医療機関が対象外になった。(ちなみに“半径 4 キロメートル以内に診療所が存在しない”病院は、全国に 30 施設程度らしい。)しかしこの半径 4 キロメートルという条件は、近い将来「4 キロ→2 キロ→1 キロ」と次第に緩和され、最終的には距離の制約が無くなり、多くの病院が、在宅療養診療所を開設できるようになると筆者は予想している。

特定機能病院や高機能病院を除く都市部の多くの病院は、地域の生活を守る医療にシフトし、在宅療養支援病院として訪問診療部門に力を入れるようになるだろう。更に以下のイラストに示すように、周囲の開業医をコーディネートし、病院の医師と開業医がチームを組んで 24 時間医療を提供する体制を作るのが望ましい。このチームは、地域の往診や看取り、あるいは地域の施設を訪問し、医療を提供する。地域の高齢者の具合が悪くなったときは、病院に一時的に入院する。退院は、今までと比べずっと早期に行い、訪問医療と訪問リハビリを提供する。

今後急速に都市部の高齢者医療のあり様が変わるだろう。10 年後の都市部の医療機関の戦略のキーワードは、(1) 生活を守る医療、(2) 開業医をコーディネートしながらの 24 時間対応往診体制、(3) 在宅や施設での看取り支援、(4) 地域の医療の駆け込み寺、などになるのではないだろうか。



3. 在宅療養支援病院の要件緩和

【在宅療養支援病院について】

以下の要件のいずれにも該当し、緊急時の連絡体制及び 24 時間往診できる体制等を確保していること。

当該病院を中心とした半径 4 キロメートル以内に診療所が存在しないものであること

(改定) →ア 許可病床数が 200 床未満の病院であること、又は当該病院を中心とした半径 4 キロメートル以内に診療所が存在しない

(一般急性期病院)

一般病棟での入院早期の加算を、現在の 428 点から 450 点 (14 日まで) に引き上げる。08 年度に新設された準 7 対 1 入院基本料は廃止する。

一般病棟入院基本料等の 7 対 1 及び 10 対 1 入院基本料において、月平均夜勤時間 72 時間以内の要件のみを満たせない場合は、7 対 1、10 対 1 特別入院基本料として評価する。

※該当入院基本料点数の 80%の点数と設定する。

「後期高齢者特定入院基本料」は、名称から「後期高齢者」を削除。75 歳以上に限定している対象年齢の要件を廃止する。現在の仕組みでは、75 歳以上の患者が 90 日を超えて入院する場合は、後期高齢者特定入院基本料として通常よりも低い 928 点を算定、検査や処置などに対する診療報酬もこの中に包括される。

救急搬送受入れの中心を担う二次救急医療機関を評価

- 1 救急医療管理加算 600点→ 800点
- 2 乳幼児救急管理加算 150点→ 200点

外保連試算を活用した手術料の引き上げ

(回復期リハビリテーション病棟、亜急性病床)

(亜急性)

1 亜急性期入院医療管理料 1

一般病床の数の1割以下

(変更) →ただし、回復期リハビリテーションを要する状態の患者で合併症を有する患者の受け入れ割合が1割以上である場合は3割以下であること (最大 60床まで)

2 亜急性期入院医療管理料 2

一般病床の数の3割以下

(変更) →急性期を経過した患者のうち、他の保険医療機関から転院してきた患者の割合が1割以上である場合にあっては、5割以下であること。

- ・このほか、**亜急性期病床**で充実したリハビリテーションを提供している場合の評価として、「**リハビリテーション提供体制加算**」(1日につき**50点**)も新設する。疾患別リハビリテーションを1週間に平均16単位以上提供することを求める。

(回復期)

- ・また、各疾患の「**早期リハビリテーション加算**」は、30点から45点(1単位につき)に変更する。
- ・一方、「**回復期リハビリテーション病棟入院料 1**」は1690点から1720点(1日につき)に引き上げ、
 - ▽1人1日当たり2単位以上のリハビリテーションの提供
 - ▽新しい入院患者の2割以上が重症患者
 の2点を新たに求める。

「**入院料 2**」でも2単位以上の実施を求め、点数を1595点から1600点(同)にする
- ・休日リハビリテーション提供体制加算 60点(1日につき)

[算定要件]

休日を含め、週7日間リハビリテーションを提供できる体制をとっていること

- ・リハビリテーション充実加算 40点(1日につき)

[算定要件]

回復期リハビリテーションを要する状態の患者に対し、**1人1日あたり6単位以上**のリハビリテーションが行われていること

(療養病床)

救急・在宅等支援療養病床初期加算 150点（14日以内、1日につき）

- ・ 病院の療養病棟及び有床診療所の療養病床において、急性期の入院医療を経た患者、状態が軽度悪化した在宅療養中の患者や介護施設の入所者を受け入れた場合についての評価を新設する。

療養病棟入院基本料の再編成

評価区分の見直しと適正化

【現行】
算定要件 25：1配置
ただし医療区分2・3が8割以上の場合は20：1配置が必要

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

↓

【改定後】

療養病棟入院基本料1
算定要件 20：1配置（医療区分2・3が8割以上）

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

療養病棟入院基本料2
算定要件 25：1配置

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

日々の患者の状態像や提供されている医療サービスに関するデータ提出を療養病棟入院基本料の要件として追加

厚生労働省の資料を基に編集部で作成

(有床診療所)

有床診療所一般病床初期加算 100点（7日以内、1日につき）

[算定要件]

急性期医療を担う病院の一般病床、介護老人保健施設、特別養護老人ホーム及び自宅等からの転院・入院患者を、当該**有床診療所の一般病床で受け入れた場合**に算定する。

(在宅医療)

1. 往診料の評価の引き上げ

往診料 (現行) 650 点→720 点

2. 在宅ターミナルケア加算の要件緩和

死亡に至るまでの間、在宅において手厚いターミナルケアが提供された場合は、在宅以外で死亡した場合であっても、在宅ターミナルケア加算を算定可能とする。(往診又は訪問診療を行った後、24 時間以内に在宅以外で死亡した場合を含む)

(連携)

- 現在は、急性期と回復期の 2 段階で実施している地域連携診療計画(地域連携パス) への評価を、回復期病院を退院した後の療養を担う中小病院や診療所、介護施設を加えた 3 段階の評価にする。
- 回復期病院が他の医療機関・介護事業所と連携し、患者の退院後の診療計画をつくった場合、「地域連携診療計画退院時計画加算」として 100 点を算定できるようにする。
- また、回復期病院を退院した患者を引き受ける病院(200 床未満)や、診療所が算定する「地域連携診療計画退院時指導料 2」も新設。初回月に 300 点を算定する。
- このほか、患者が入院している医療機関の主治医をはじめとする医療スタッフとケアマネジャーとの連携を促し、退院後のスムーズな介護サービスの導入につなげる「介護支援連携指導料」(300 点)を新設する。入院中に 2 回算定できる。

救急搬送患者地域連携受入れの評価の新設

- 救急搬送患者地域連携紹介加算 500 点
- 救急搬送患者地域連携受入加算 1000 点

小児救急外来の評価

1 地域連携小児夜間・休日診療料 1 350 点→400 点

- (1) 夜間、休日において救急患者を診療できる体制を有していること。
- (2) 夜間、休日に救急患者を診療する医師(当該医療機関及び近隣の診療所等の保険医療機関を主たる勤務先とするもの)が 3 名以上いること。

NICU 入院患者等の後方病床の充実

NICU に入院する患者等に係る退院調整加算を新設する。

新生児特定集中治療室退院調整加算 300 点(退院時 1 回)

(DPC について)

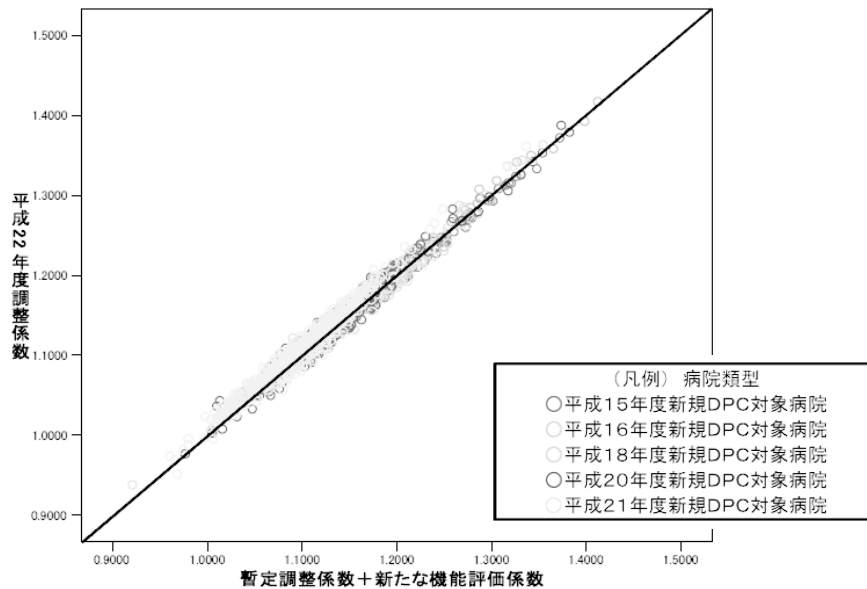
■ DPC (2/12 キャリアブレイン)

- 段階的に廃止する調整係数に代わる新たな機能評価係数として、「効率化に対する評価」(効率性指数)など6項目を初年度に導入。新係数による評価は原則として4月に開始する。
- ただ、「地域医療への貢献に係る評価」は、各病院の4月1日現在の状況を集計するため、開始が8月にずれ込む。また、「正確なデータ提出に係る評価」(データ提出指数)は、部位不明や詳細不明コードが4割以上になった場合、新係数の評価を1年間にわたり5%削ることになっているが、対象となるICD10コードを周知して来年4月から実施する。
- DPCの調整係数は、来年度以降の報酬改定で段階的に廃止することが決まっているが、何回をかけて「全廃」するかは、来年度に話し合う。中医協ではこれまで、初年度に調整係数による「上積み相当部分」の4分の1を新係数に置き換え、その分の診療報酬を「救急医療の入院初期診療」を除く5項目に均等配分することを決めている。
- 厚労省が2月5日の中医協総会に提示したシミュレーションでは、こうした形で新係数を導入した場合、大規模病院や特定機能病院ほど有利とする結果を示している。

<参考>

項目	名称(案)	考え方
1	○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療データの作成・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も貢献することを評価
2	○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
3	○複雑性指数 ○患者構成指数	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
4	○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
5	○地域医療指数 ○地域貢献指数	地域医療の向上に資するような各病院の取組みを評価
6	○救急医療係数 ○救急初期対応係数	包括点数では評価が困難な救急入院初期の検査等について、救急患者に占める割合により評価

「暫定調整係数と新たな評価係数の合計」と「現行の計算方法で計算した調整係数」の関係



新たな機能評価係数(4項目置き換え率25%)

25%

病床規模	度数	最小値	平均値	最大値	標準偏差
200床未満	390	0.0128	0.0282	0.0466	0.0056
200床以上400床未満	486	0.0204	0.0326	0.0544	0.0050
400床以上	323	0.0245	0.0402	0.0536	0.0055
特定機能病院	83	0.0353	0.0440	0.0545	0.0038
合計	1,282	0.0128	0.0339	0.0545	0.0074

DPC算定病床割合	度数	最小値	平均値	最大値	標準偏差
100%	434	0.0147	0.0351	0.0545	0.0070
80%以上100%未満	548	0.0128	0.0358	0.0536	0.0072
60%以上80%未満	180	0.0155	0.0297	0.0474	0.0057
60%未満	120	0.0176	0.0274	0.0440	0.0056
合計	1,282	0.0128	0.0339	0.0545	0.0074

総合・がん専門・専門病院	度数	最小値	平均値	最大値	標準偏差
総合病院	1,123	0.0176	0.0342	0.0545	0.0073
専門病院	132	0.0128	0.0303	0.0466	0.0064
がん専門	27	0.0151	0.0386	0.0515	0.0089
合計	1,282	0.0128	0.0339	0.0545	0.0074