

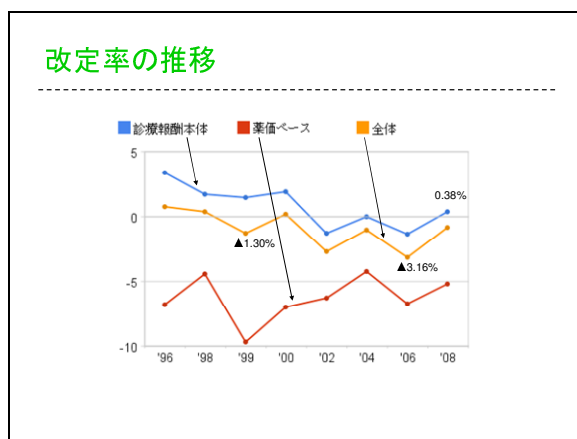
# 「診療報酬の改定をめぐる最近の動向について」

地方独立行政法人長野県立病院機構評価委員 宮川 信 氏

(宮川委員)



今ご紹介がありました宮川でございます。それではお手元の冊子について、ご説明しようと思えます。



まず1ページの改定率の推移です。これは、皆さんご存知だと思いますが、小泉首相がやったマイナス3.16%（'06改定）の改定です。これがものすごく痛いんです。

このようなことで、このグラフには診療報酬の本体が一番上にあります。次に全体、それから薬価ベースとなっています。本当に気の毒ですが、薬価ベースは、マイナス改定が続き、どんどん痛みつけられまして、低くなっています。しかし、そのために、他の部分で何とかマイナスの所が少しずつ減っているというところでございます。

次のページをお願いします。

20年度の結果検証 合計11項目	
1. 病院勤務医の負担軽減	
2. 外来管理加算の意義付けの見直しの影響	
3. 後発医薬品の使用状況	
4. 後期高齢者にふさわしい医療の実施状況1	
5. 後期高齢者にふさわしい医療の実施状況2	検証済み
6. 明細書発行の一部義務化の実施状況	これから
7. 歯科外来診療環境体制加算の実施状況	
8. 後発医薬品の使用状況	
9. 医療機関における医療機能の分化・連携に与えた影響	
10. 回復期リハビリテーション病棟入院料において導入された「質の評価」の効果の実態	
11. ニコチン依存症管理料算定保険医療機関における禁煙成功率の実態	

今、中医協（中央社会保険医療協議会）で、平成20年度診療報酬改定の検証を行っている項目はこの11項目でございます。ここの「検証済み」というのは、既に検証が済んでいるものです。また、「6. 明細書発行の一部義務化の実施状況」、これもだいぶ検証が進んできていると思うんですが、あと2～3ヶ月で全部これをやらなければいけないので、中医協の人たちも非常に大変でございます。

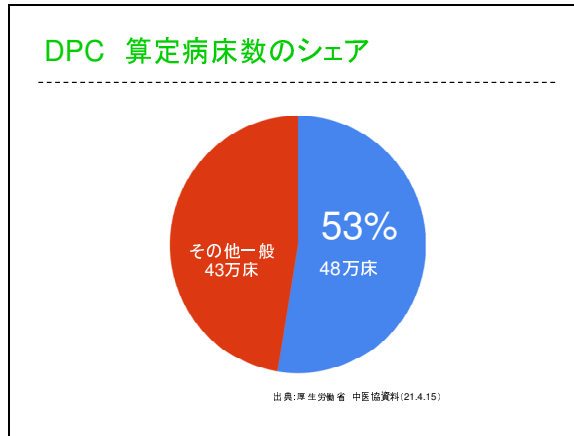
DPC
<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 参入ルール</li> <li>・ 退出ルール</li> <li>・ 調整係数 → 機能評価係数</li> <li>・ 今後の課題</li> </ul>

皆さんご存知だと思いますが、このDPC（診断群分類包括評価）なんですけど、ここに調整係数（※）というのがあります。これにのっかって調整係数を新しい機能評価係数（病院の機能を評価するもの）に振り替えるというようなことで、DPCを採用している訳でございます。

※調整係数：DPC制度の円滑導入のため設定されたもので

- ・ 出来高制度から包括制度へ移行する際の、激変緩和としての前年度並の収入確保
- ・ 重症患者への対応能力・高度医療の提供能力等、診断群分類に基づく評価のみでは対応できない病院機能の評価などの役割を持っている。

～H21.11.4「中医協DPC評価分科会」の資料より



それでは3ページをご覧ください。DPCの病院というのはだいたい53%、48万床です。国としましては、DPCというのは急性期医療なので全病院の40%、病床数で35万床ぐらいの病床数を急性期病床として欲しいと思っているのですが、もう既に半分以上の53%となっています。

- 調整係数 → 機能評価係数**
- 少なくとも、**2ステップ以上**
  - 今回は、ファーストステップ
  - 次期改定で導入が妥当なものは決定

それから、その次です。機能評価係数ですが、これは来年('10改定)の診療報酬改定の時に機能評価係数を掛けるのですが、一度機能評価係数を掛けるファーストステップだけでなく、また2年後('12改定)の診療報酬改定時に、さらに機能評価係数を付けるステップをかけるという意味でありまして、少なくとも2ステップです。今回はファーストステップであります。

## 次期改定で導入が妥当

### 1. 正確なデータ提出

- 部位不明・詳細不明コード／全DPC対象患者
- 様式1の非必須項目の入力患者数／非必須項目の対象となる患者数
- データ提出の遅滞があった回数

### 2. 効率性(指数)

全DPC対象病院の平均在院日数 / 当該医療機関の患者構成が、全DPC対象病院と同じと仮定した場合の平均在院日数

### 3. 複雑性指数

当該医療機関の各診断群分類毎の在院日数が、全DPC対象病院と同じと仮定した場合の平均在院日数 / 全病院の平均在院日数

### 4. 診断群分類カバー率

当該医療機関で(一定数以上の)出現した診断群分類の数 / 全診断群分類の数

4 ページになりますが、機能評価係数の所で導入が考えられるのはこの中の1. ～3. です。これを見ただけではちょっと難しいのですが、これをどの様に評価してどのような係数にするかについては、ここに一応A/Bの形で書いてありますけれども、これ以外のことを考慮した形で次期改定の係数を作り出そうということでございます。

ですから、これを見ていると簡単そうでよく見ると難しいということですね。「3. 複雑性指数」などは、「全DPC対象病院」という表現があります。これにより、DPCを既にやっている病院と、これから受付してDPCをやらしてくれという病院があるということが、この図からおわかりになると思います。つまり、DPCの病院とそれに匹敵したDPCをやれる病院の数であるということなんですが、だからまあ、ここにはDPC病院というようにしてしまってもいいかと思えます。

この1. ～4. が、次の機能評価係数としてどういう形で関わっていくかということです。やはり中医協の方も10月26日に委員が改選されましたので、非常に難しいですね。だから、海のものとも山のものともわからないので、まだ形になっていないんです。

## 今後の主な検討項目(MEMO)

### ・21.10.30 基本問題小委員会

- ・ 救急医療
- ・ 周産期医療
- ・ 小児医療
- ・ 勤務医の負担軽減
- ・ 初・再診料
- ・ 入院料
- ・ DPC
- ・ チーム医療
- ・ リハビリテーション
- ・ 在宅医療
- ・ 訪問看護
- ・ がん医療
- ・ 認知症対策
- ・ 精神医療
- ・ 感染症対策
- ・ 医療安全
- ・ 歯科診療報酬
- ・ 調剤報酬
- ・ 医療技術の適正化(手術料等)
- ・ 後発医薬品の使用促進
- ・ 後期高齢者医療制度
- ・ 明細書

そこで、10月30日に小委員会で、救急医療だとか周産期医療、小児医療、勤務医の負担軽減など、こういうようなことをもう一度小委員会で検討してみようではないか。ということでございます。後期高齢者制度のことももちろん入っております。

### 関係閣僚の布陣(政務三役)

	大臣	副大臣	政務官
総務省	原口一博	渡辺 周 内藤正光	小川淳也 階 猛 長谷川憲正
厚生労働省	長妻 昭	細川律夫 長浜博行	山井和則 <b>足立信也</b>
文部科学省	川端達夫	中川正春 鈴木 寛	後藤 斎 高井美穂

5 ページですが、今度の内閣の方針でございまして、診療報酬については、官僚がやるのではなくて大臣・副大臣・政務官といった人たちがいろいろ作るから、口を出すなというようなこととございます。結局は、官僚の話も大分聞いて、官僚からも口を出しているようですけども。実際問題として、総務省では原口大臣と副大臣は2人です。政務官がここに3人。厚労省としては長妻大臣から副大臣と政務官が2人ずつ。政務官の足立信也さんを書いてあり、

まる○をしてありますが、この人は医師として、今度のいろいろの医療関係に関しては、ほとんどこの人が立案して作っているというようなことのようにです。

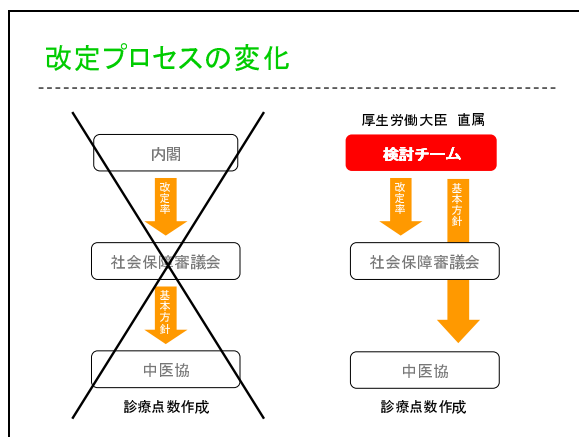
### 中医協委員構成の変更

- 1号[支払側] 7人
  - 2号[診療側] 7人
    - 日本医師会 3人
    - 病院団体 2人
    - 歯科医師会 1人
    - 薬剤師会 1人
  - 3号[公益] 6人
- 日本医師会 0人
  - 地方医師会 2人
    - 鈴木邦彦氏(茨城県医師会)
    - 安達秀樹氏(京都府医師会)
  - 医科大学 1人
    - 嘉山孝正氏(山形大学)

もう皆さんもご存知だと思いますが、中医協の構成が変わりました。

ここで見ますと、中医協の委員の構成の変更ということで、1号委員というのは支払側です。健康保険側の人たち。2号委員というのが診療側でありまして、前は医師が5人入っていたんです。このうち2人が病院団体グループから推されていて、3人が日本医師会からだったんですが、今回、日本医師会からは全員入れないというようなこととお話があって、それでどうするのかと思ったら、地方医師会から2人、鈴木さんと安達さんです。それと、医科大学から山形大学の教授が1人です。3人のうち2人が医師会の会員、あとの1人が病院側(大学病院)ということになります。ですから、5人の医師のうち病院関係が3人ということになります。したがって、中医協の中の3人が病院出身者であるということで、かなり日本医師会の権限が弱まって、病院の権限が強まってきたという状態だろうと思います。

次をお願いします。



左側は診療報酬改定の今までのやり方だったんですが、今度は厚生労働大臣の直属の検討チームが改定率・基本方針を検討して、社会保障審議会にかけて、それを中医協におろして、中医協が細かい点数に変えるというのが、これからの仕組みでございます。

### 中央社会保険医療協議会委員名簿(改選後)

2009.10.26  
※ 新任  
△ 再任

1. 健康保険、 介護保険及 児童福祉 保険の保険 者及び保険 料納付者、 関係者、事業 主及び船舶 関係者等代 表する委員	小林 剛 ※ 白川 修二 ※ 中島 圭子 藤村 久司 北村 光一 △ 高橋 謙二 伊藤 文部	全労健保保険協会理事長 健康保険組合連合会常務理事 日本労働組合総連合会総合改革局長 日本労働組合総連合会「患者本位の医療を確立する連連会」委員 日本経団連社会保険委員会医療改革部会会長代理 全日本海員組合中央執行委員 愛知県津島市長	
2. 医師、歯科 医師及び薬 師等が代表 する委員	※ 安達 秀樹 ※ 高山 孝正 ※ 鈴木 邦彦 △ 西澤 寛俊 △ 邊見 公雄 鎌辺 三雄 ※ 三浦 洋嗣	京都府医師会会長 山形大学医学部長 茨城県医師会理事 全日本病院協会会長 全国公私立病院連盟副会長 日本歯科医師会常務理事 日本薬剤師会理事	
3. 公称を代表 する委員	牛丸 聡 遠藤 久夫 小林 麻理 庄司 洋子 白石 小百合 森田 朋	早稲田大学政治経済学術院教授 学習院大学経済学部教授 早稲田大学大学院公共経営研究科教授 立教大学大学院教授 横浜国立大学国際総合科学部教授 東京大学大学院法政学研究所教授	
			4. 専門委員 藤原 忠志 △ 長野 明 △ 種室 寛治 △ 松谷 肇嗣 △ 松村 啓史 △ 松本 晃 △ 森 謙一 坂本 すが 佐友 雅人 ※ 北村 豊樹

中医協のメンバーが記載されております。これは委員名を出して良いかということを確認しましたら、良いですと言われたのでここに出しております。ご覧ください。

△が前からいた委員で、2号委員中、西澤・邊見の両委員が日本病院団体協議会から選出された方でございます。それから、看護師がいないんじゃないかとよく言われるのですが、これは右側の端にあります「4. 専門委員」の、下から3番目に記載されている坂本さんが日本看護協会の副会長として入っております。薬剤師会（2号委員 三浦洋嗣氏）も入っております。

こういうようなことで、これから中医協で点数の上げ下げを、決めていくということでありまして、だいたい火曜日・水曜日などとびっしりとやっておりますので、中医協のメンバーになりますと、非常に忙しくなって他の仕事ができなくなります。すごく忙しいようです。

## 全国自治体病院協議会の主張

### 平成22年度 診療報酬改定への重点要望

1. 一般病棟入院基本料の抜本の見直し
  2. DPC制度における「緊急入院」の取扱い
  3. 急性期医療の評価
  4. 再診の評価
  5. 複数科受診の取扱い
  6. 13対1 精神病棟入院基本料の新設
  7. リハビリテーション料 疾患別の廃止
  8. 早期リハビリテーション加算の起算日
  9. 医師事務作業補助体制加算
  10. 電子化加算
  11. 栄養管理実施加算
  12. 精神科電気けいれん療法における麻酔料の新設加算
1. 看護師の配置数から医師数を含めた診療機能の評価へ
  2. 48時間以内は出来高に
  3. 入院時医学管理加算の基準変更
  4. 診療所と同等に

県立・市町村立・組合立の病院（全国自治体病院協議会）で代表的に出した重点要望項目でございます。

1. ～4. については右側のほうに内訳を書いております。

「1. 一般病棟の基本入院料の抜本的な見直し」というのは、医師・看護師の配置数を含めた診療機能の評価というものに変えて欲しい。単なるどんぶり勘定ではなく、きちんと機能を勘案したうえで、最終的に入院基本料はいくらになるという形に変えてもらいたいということを要望しております。

それから「2. DPC制度における「緊急入院」の取扱い」、これは診療を実際に行っている人でないとわからないかと思うのですが、DPC病院の診療報酬というのは初診からDPC適応となっていて、どのような診療を行っても出来高払いではなくて包括払いになっているんです。ところが、夜間に入院した24時間対応の緊急患者の場合、ものすごく努力と経費が必要なのです。例えば胸部のレントゲン撮影し、CTやMRIを実施、後採血をして・・・という形になるのですが、いつもDPCの割合から外れてしまうのです。ですから、48時間以内の「緊急入院」の収入については出来高払いにしてくれという要求をしております。私どもの病院（飯田市立病院）では、夜間の救急患者については大体3倍の経費がかかります。普通に外来を介して入院してくるのならばいいのですが、夜間の患者、特に入院される方については、それだけの労力と検査が必要であるということです。

それから「3. 急性期医療の評価」は、これは入院時医学管理加算の基準変更ということです。

「4. 再診の評価」とは、現在、再診料については病院と診療所では違うのです。少なくとも病院は診療所と同じ点数にしてほしいというのがささやかな重点要望でございます。

後、下段に行くと、6の「13対1の精神病院入院基本料の新設」、8の「早期リハビリテーション加算」、9の「医療事務作業補助体制加算」、10の「電子化加算の要望」があります。

(電子化加算については) 私の病院の電子カルテは導入から8年位になりますが、当方で10億数千万円かかりました。それで大体維持費が毎年1億円位です。それで何とかしてくれと言っても、どうにもならないと言われました。だから病院は赤字になる訳です。それでいて、電子化をしていなければ、あれこれと言われます。ただ、電子化をやってみると、確かに楽なのです。お金をかけてもこれをやるべきだろうと私自身は思います。私は全国自治体病院協議会の電子カルテ関係の副委員長をやっておりましたから、副委員長をやっているところの病院が電子カルテを導入しなければおかしいからということで、長野県では1, 2番目の早さで導入したという次第でございます。やはり、他の病院とのベンチマークができるのも利点だと思います。

これが要望事項でございまして、診療報酬に影響するということでございます。今、ちょうど中医協が活発に動き始めまして、大体週に2~3回会議をもっています。いろいろな小委員会を開催し、これをまとめて今度は点数の改正を行うというのが現在の意向ですが、今のところちょうど難しい時期なので、なかなか向こうの方(中医協)も(中身)を教えていただけませんし、こちらの方(全国自治体病院協議会)がいろいろ突っ込んでも、なかなか「うん」と言ってくれないものですから、このような最近の医療の動向というような基調報告になってしまいましたが、ご静聴ありがとうございました。

<拍手>

(小宮山委員長)

宮川先生どうもありがとうございました。貴重なお話を伺うことができました。何かご質問がございましたら。はい、どうぞ。石田委員。

(石田委員)

DPCというのは、診療報酬を丸めて算定することでしょうか。

(宮川委員)

急性期医療の包括算定ですね。合併症などが出ていて多額の経費がかかる患者については、DPCの外に出して、出した部分は普通の出来高計算でいくという方法です。

また、48時間以内(の緊急入院)については、先程説明したとおり、経費がものすごくかかってしまいDPCでは経費が間に合わない。そういうことで、DPCの夜間の場合は出来高計算どおりにしろと言うのが、日本病院団体協議会の意見でございます。