



2010年4月29日放送

平成22年度診療報酬改定の内容をふまえて

今後の医療政策の展望を探る その5

診療科別方向と早期準備・対応策を探る

株式会社MMオフィス代表取締役

工藤 高

東京医科歯科大学大学院医療経済学分野教授

川渕 孝一

在宅医療の改定には明暗がある

川渕 平成22年度の診療報酬改定内容をふまえて今後の医療政策の展望を探るということで、第5回目にあたる今回は、株式会社MMオフィス代表取締役工藤高さんをお招きしました。よろしくお願いします。

工藤 よろしくお願ひします。

川渕 平成22年度の診療報酬改定ですが、ざっくり今回の診療報酬改定はどういうふう
に読み解きますか。

工藤 10年ぶりにネットではプラス0.19という改定ですが、実際にプラス財源というのはほとんど急性期の入院ですね。そこ中心に配分されたということで、診療所は非常に厳しい改定になった。全体的な評価としますと私は急性期病院がいままでマラソンのランナーのように一生懸命走ってきた、医療崩壊等で、それに対するマラソンの給水所の改定といたしますか、ちょっと水分を補給したという改定だと思っています。

川淵 勤務医ひといき改定ということですね。今回、診療報酬の改定幅は0.19ポイントでしたが、非常に羽振りのいい医療機関もあればそうでないところもあるのですけれども、まず診療所はどうですか。

工藤 去年11月の事業仕分けの影響を受けたということで、勤務医と開業医の収入の平準化ということで再診料が2点下がったということ、あと眼科、耳鼻科、皮膚科等ですね、ここが非常に収入が高いということで、診療科に関係した検査あるいは処置等ですね、こういったものの点数が引き下げられたということであり、診療所にとっては非常に厳しいということだと思います。

川淵 眼科とか皮膚科が狙い撃ちされたということですね。診療所にとってはマイナスだと思うのですが、そうでもないところもあるのでしょうか。

工藤 地域医療貢献加算3点ですね。時間外等に電話の対応をしている、実はその加算を届出しますと、私の行った診療所のシミュレーションですと地域医療貢献加算を届出すると全体でプラス0.8です。届出しないと、全体でマイナス0.4ということで、複数の診療所をシミュレーションしたのですが、すべて届出ありだとプラスで、届出なしだとマイナスになってしまうと、以前厚労省政務官がお話していた内容とまったく一緒になりました。

川淵 地域医療貢献加算はいろいろ物議を醸していますが、この加算をとらないとなかなか収入増にならないと。

工藤 プラスにはならないのですが、電話対応等問題もありますし、これは各先生方の哲学ですね。すでに私の知っている開業医の先生でも24時間電話対応をしている先生がいます。逆にその先生に言わせれば、今回3点ですよ、それは低いと怒っていました。あるいは、高齢の先生で、そこはもう最初から対応しないよと、これは各先生方の哲学の問題だと思うのですが、する、しないは。これを届出なかったからといって、診療所の経営が大きく傾くというわけではないですね。

川淵 次に、中小病院はどうですか。

工藤 ご存じのように一般病床200床未満のところは再診料9点引き上げ、いままでの60点が69点になりました。やはりその9点の部分が、1日の再診患者×月間の延べ日数になりますのでかなりのプラスになります。これもシミュレーションしてみますと、外来部分は再診料の引き上げの部分で少しプラスになるということになります。ただ、これはすべての中小病院に該当するわけではなくて、CT等のスペ

ックの低い機器の点数は下がっておりますし、あるいは生化学検査も下がったということで、すべての200床未満の病院の外来が上がるというわけでもないのですが。若干のメリハリがあると思うのですが、いずれにせよ一番算定機会の多い再診料が9点上がったということは大きいですね。

川淵 平成24年度の改定は介護保険との同時改定ということで、国はなるべく在宅医療のほうに力を入れてほしいという考えがあると思うのですが、具体的に今回在宅医療はどのようにになりましたか。

工藤 在宅医療は明暗の部分があります。まず、暗の部分からいいますと、マンションの訪問診療がいままでは別世帯の場合はそれぞれ訪問診療830点ということでしたが、今度は同一建物ということで一つのマンションに複数の世帯に患者さんがいた場合はすべて200点ということで、居住系施設と同じような扱いになったということです。そうすると、団地とかマンションに在宅患者が多い診療所あるいは中小病院にとってはマイナスになってしまいます。そこが暗の部分です。明の部分は往診料は70点引き上げた、緊急の往診ですね。あと一番大きな点は在宅療養支援病院ですね、いままでもあったのですが、いままでは半径4km以内に診療所がない病院、つまり僻地とか離島でないとあり得なかったのですが、たしか厚生労働省の数字では全国で7つくらいでした。今度は許可病床数200床未満の病院であれば、すべて在宅療養支援病院として認められます。在宅療養支援診療所とまったく同じ高い在宅の点数が算定できるようになったのです。許可病床数200床未満の病院にとっては非常に在宅をやるインセンティブがついた。逆にいいますと、在宅療養支援診療所とかなり競合するという恐れもあります。在宅療養支援診療所にとっては脅威となる可能性もあるのですが、ただここはいわゆる在宅の部分の棲み分けだと思うのですよね。実際私の知っている病院では神経難病系あるいはターミナルの患者さんについては病院で診て、在宅療養支援診療所は通常の介護ケア中心の患者さんを診ますよということになりますので。

大病院中心の改定

川淵 先ほどおっしゃったように入院のところは非常に手厚く付いていますが、急性期病院には今回どのような影響がありますか。

工藤 これはまず急性期の大病院ですとDPCですよね。DPCが前年度の収入を保証する調整係数の部分ですね。この上積み分25%を新しい6つの機能評価係数に置き換えた。6つの機能評価係数自体が、在院日数の指数あるいは包括部分の点数が高い指数、あるいは診断群のカバー率の指数ということで、はっきり言って大病院に有利な係数になっています。ということになりますので、その係数の高いところ、済生会熊本病院など急性期のトップランナーのところは6つの係数は高い

ということになっています。もう一つ、DPCの出来高の部分、今回の手術の点数、外保連のデータをもとに引き上げました。それは難易度の高い手術ですね。時間がかかって難易度が高い。それはほとんど大病院でやられている手術です。D難度とE難度の手術ですね。点数だけでみても10%以上上がっています。反対に中小病院の手術、これもデータをとったのですが、中小病院で一般的に行われているような、いわゆるルーティンの手術ですが、ここは実はほとんど変わっていないのですよ。

川渕 下がっているところもありますよね。

工藤 若干あります。ポリープ等は下がっています。整形外科の骨折観血手術等は上がっています。その科によってメリハリはありますが、一般的に言えば大病院は10%以上なのに、中小病院は5%~6%くらいしか手術料は上がっていません。ということになりますので、その手術の上がり幅の違いです。あともう一つは救急医療管理加算という、緊急入院の患者が外来から来て直接入院した場合の加算点数があるのですが、それがいままで吐血とか呼吸不全の患者さんが来て入院した。600点×7日間だったものが800点×7日間で、1日当たり200点上げたのです。そうしますと、いままで救急患者が多い病院、そうすると必然的に大病院になってしまうのです。やはりそういったところが大きく上がるということになりますので、DPCの新しい係数と手術と救急医療管理加算、その部分の引き上げが大きいですと。ほかにも今回、NSTあるいは呼吸ケアチーム等、いわゆる多職種協働ですね、スキルミクスの部分を評価しました。それも専従やら専任やら研修を終えていないといけないとか、かなり要件が高いですね。そうすると、ここも必然的に大病院のマンパワーが豊富なところですね。そこ中心の評価になってしまうということなので、やはり大病院中心なのかなというふうに思います。

川渕 勤務医が非常に疲れているということですが、今回の改定で医療崩壊はストップしますか。

工藤 そこを定量的に測るのはかなり難しいと思います。どこまでいっても定性的な部分になると思うのですが、介護のほうでもいわれていることですが、今回点数を上げたと、ではそれが勤務医の待遇の部分にどれだけ回るのかということですよ。そのあたりの対応はやはり病院によって違ってきますので、やはり定量的にどうだということにはちょっと難しいと思います。

川渕 病院経営者から見ると、DPCについては、難しい人をなるべく早く退院させれば今回はいろいろな係数が付いてきますよということですね。一方で回復期リハ病棟も今回非常に上がっているのではないですか。

工藤 ただしすべての回復期リハが上がったわけではないのです。まず今回の回復期リハの特徴的な点は、患者1人1日当たり平均2単位以上やってないとだめですよ。というのは、回復期リハというのは全体で患者さん1人当たり1日9単位で

きるのですが、要は全体のアベレージで、患者1人1日当たり平均2単位以上やっていないと、要は1単位以下ですね、そこはもう回復期リハではないですよということで今年の9月以降は認めないという、要は回復期リハではなく維持期リハビリテーション病院でしょう。やはり、回復期リハは最低でも1単位20分ですから2単位以上で最低でも40分以上のリハ、アベレージでやりますよということでまず加減をつけたということです。二つ目は、いまお話があった部分ですが、土日を含めて週7日間リハ、いわゆる365日のリハですね、それをやっているところを評価した。三つ目は患者1人1日当たり最低6単位以上ですね、6単位以上やっているところはさらに加算を付けますよと。今回の365日と6単位以上で、合計で100点の加算を付けたのですね。これもいままでの概念でいいますと、診療報酬というのは特にリハビリの場合は何単位以上やったら査定されるということでしたが、実はそうではなくて6単位以上やって、9単位マックスでできるのですが、そこはさらに点数を加算しますと、だから回復期のトップランナーのところがあります評価された。私がシミュレーションしましたら、1日平均で7.5単位やっていて、そして365日やっている回復期リハでプラス6%ですね。ただ、それは質の高いところで、反対に365日やっていない、PT、OT、STが少なく、単位数が少ないところはだめと、いわゆるストラクチャーのセラピストの人数といわゆるプロセスのリハビリ単位数ですね、そこを評価したということですね。

川淵 懸案の療養病床については介護療養病床が2012年3月で廃止されるという法案がもう通っていますけれども、医療療養のほうはどうか。

工藤 医療療養もはっきり今回厚生労働省のメッセージが出たといえますか、いままで点数は1本だったのですが、それを2階建てにしました。まず一つ目は、看護配置の20対1以上で、医療区分2、3の患者さんが8割以上ですね、こちらは点数を大部分引き上げています。

川淵 スタッフの数が多いたところは上がっているわけですね。

工藤 あと医療区分2、3の重症の患者さんの多いところですね。反対に、看護配置がただ単に25対1以上というところですね、これは1区分だけを除いては全部点数を下げたということになっております。あと、入院14日以内の加算ですね。実は2012年3月で看護配置25対1の療養というのは廃止の予定になっているのです。実質的には医療療養というのは看護配置20対1以上で、医療区分2、3が8割以上、ここでないとプラスになりません。ここでシミュレーションしたら3%くらいの増収になっているのですが、やはり問題は看護配置25対1のところですね、これは医療区分1、ADL区分1がいままで750点で低い低いといわれていましたが、それをさらに722点ですから28点下げました。ここは完全に介護療養型老健ですね、そちらのほうにお移りくださいといった厚生労働省のメッセージだと思うのです。

各医療機関は「何をするか」を明確にしなければいけない

川渕 最後にお聞きしたいのは、2年後に介護保険との同時改定があるのですが、医療機関はこれからどうすればいいのでしょうか。

工藤 一番難しい質問ですが、地域医療計画等もあるのですが、各医療機関がそれぞれの二次医療圏のなかで何をやるかということを確認にしないとだめだと思うのです。というのは、今回、診療所も厳しいのですが、診療所とリンクした地域連携パスそして大腿骨頸部骨折と脳卒中は拡大しましたし。

川渕 在宅まで行きましたね。

工藤 あとはがんのプライマリーケアを担う、いわゆるがんの拠点病院とがんの通常の診療を担う医療機関との連携、これは診療所を想定した形、あるいは200床未満の病院を想定した形、それもつくりましたので、きっちりと地域で何をやるかを明確にして、あとはそれぞれと連携した確固たるペイシェントソースの確保がますます必要になってくると思います。ですから、ただ診療所があります、ただ病院があります、患者さん来てください、という形ではなくて、やはり機能を明確にするということが重要だと思います。

川渕 ありがとうございます。

「総合メディカルマネジメント」

http://medical.radionikkei.jp/sogo_medical/bangumi.html