

## 2010年

# 診療報酬改定

# 重要ポイントと経営対応策

(株)MMオフィス代表取締役 **工藤 高**

昨年9月の新政権誕生後、初の診療報酬改定となる2010年改定の重要ポイントとその背景および意図、各医療機関の対応策について経営シミュレーションをおりまぜながら解説する。

## I. 改定の全体像

### ネットではプラス改定だが、落胆も大きい

昨年9月に民主党を中心とした社民党、国民新党による三党連立政権が誕生した。新政権後初の診療報酬改定が2010年改定であり、注目の改定率は09年12月23日に本体部分は1.55%引き上げ、薬価・材料価格は1.36%引き下げ、全体(ネット)で+0.19%と、民主党のマニフェストどおりに一応プラス改定で決定した。

00年以降の改定率はグラフのように、ネットで02年▲2.7%、04年▲1.0%、06年▲3.16%、08年▲0.82%とマイナス改定の連続だった。とくに小泉政権下の06年の▲3.16%という過去最大の下げ幅によって医療崩壊が発生したと言われている。

今回の改定率決定における特徴的な点は医科1.74%のうち入院3.03%、外来0.31%と最初から入院・外来

### 2010年改定の改定率

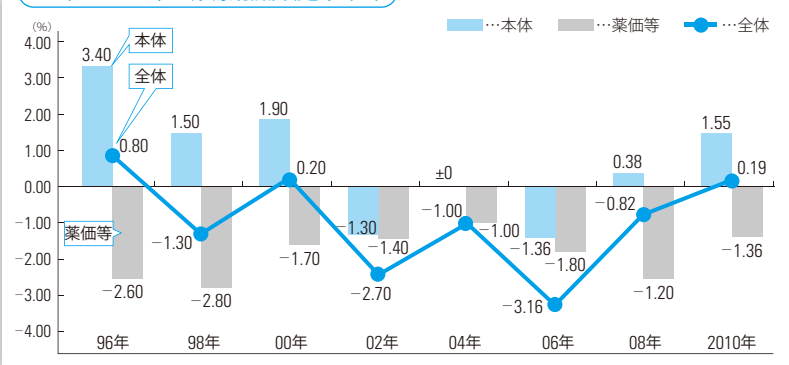
全体(ネット) +0.19% (医療費：700億円) (①-②)  
 本体改定率 +1.55% (医療費：5,700億円) (①)

各科改定率  
 医科 +1.74% (入院+3.03%、外来+0.31%)  
 歯科 +2.09%  
 調剤 +0.52%

薬価等 ▲1.36% (5,000億円) (②)  
 薬価改定 ▲1.23% (薬価ベース▲5.75%)  
 材料価格改定 ▲0.13%

別の改定率が示されたこと。医科は「急性期入院医療に概ね4,000億円程度を配分」。また、「再診料や診療科間の配分の見直しを含め、従来以上に大幅な配分の見直しを行い、救急・産科・小児科・外科の充実等を図る」とした点である。ただし、0.19%という小幅なプラスに関して医療関係者の不満の声は大きい。

96年～2010年の診療報酬改定率(%)



### 重点課題の1つは勤務医の負担軽減

診療報酬改定に関する基本方針は社会保障審議会(社保審)の医療部会、医療保険部会で定めて、中医協はその方針にそって診療報酬点数の各論的な審議を行う。09年2月18日の社保審で2010年改定の基本方針が決まった。

基本方針では「重点課題」として、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(医療従事者の増員に努める医療機関への支援)の2つが掲げられた。①については、救急搬送を受け入れる病院では医師不足等による残った医師の疲弊が起きたり、小児や産科等の診療科の閉鎖などが起こったりした。今次改定ではこれらの問題を解決すべく評価の見直しとして、救急医療に関する点数の引き上げ、重症者を見るハイケアユニットの要件が見直された。産科、小児分野では、各種小児加算の引き上げ、NICU(新生児特定集中治療室)やGCU(新生児治療回復室)の点数引き上げと運用要件の見直し、重症児に対する評価が行われた。また、産科、小児を含む救急医療の提供については、中心となる救急医療機関だけの評価ではなく、地域の医療機関が後方病院として連携し救急医療を提供することに対する評価が新設もしくは引き上げられた。これは地域のなかで個々の医療機関がもつ機能をネットワークし、効率的に活用していくことを目指した評価である。また、外科分野においては難易度の高い手術が30～50%引き上げられ、手術項目全体の半分はプラス評価となった。

②の勤務医負担軽減は、08年度改定でも緊急課題として評価されたが、十分な成果が出ておらず、今回も重点課題となった。看護師や薬剤師など医師以外の医療職が担う役割を評価し、栄養サポートチームや呼吸ケアチームなど多職種協働の取り組みに点数がついた。医療職以外の職員が担う役割も評価された。10対1、7対1入院基本料の病棟でも看護補助者が評価され、08年改定で導入の医療クラーク配置も点数引き上げや要件が緩和された。

### 明細書の無料発行を原則義務化

基本方針Ⅰの「充実が求められる領域を適切に評価していく視点」では、がん医療、認知症医療、感染症対策、肝炎対策、精神科医療、歯科医療、手術以外の医療技術、新規医療材料が評価された。がん医療に関してはがん拠点病院の評価に加え、救急医療と同様に医療機関が連携しがん医療を提供していく体制を評価した。認知症や精神科医療においても、担う機能が異なる医療機関との連携や地域の介護・福祉とのスムーズな連携が、全体としての質の向上につながるため、

#### 重点課題1 救急、産科、小児、外科等の医療の再建

#### 重点課題2 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)

- I 充実が求められる領域を適切に評価していく視点
- II 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
- III 医療と介護の機能分化と連携の推進等を通じて、質が高く効率的な医療を実現する視点
- IV 効率化余地があると思われる領域を適正化する視点
- V 後期高齢者医療の診療報酬について

それらの取り組みが評価された。

基本方針Ⅱの「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」については、レセプト並みの詳細な明細書を無料で発行することの義務化や点数設定の見直しが行われた。安心・安全については医療安全対策、感染防止対策、医薬品情報管理、医療機器安全管理が評価された。生活の質に配慮した医療については医療機関で実施する透析の点数が引き下げられた一方、在宅での透析は引き上げられた。同様に在宅医療の充実のため訪問看護も評価された。

### 急性期、回復期のリハビリを大きく評価

基本方針Ⅲの「医療と介護の機能分化と連携の推進等を通じて、質が高く効率的な医療を実現する視点」は、急性期分野のDPCでは係数や診断群分類の見直しなどの評価、検体検査、麻酔管理などが評価された。慢性期分野では今次改定でも療養病棟の見直しが行われ、看護20対1で高い医療区分が評価されたが看護配置の低いところはさらに点数が下がった。一方で急性期の後方病院機能として評価されるなど、提供する医療内容によって明暗が大きく分かれた。ADL向上に明確なエビデンスがある疾患別のリハビリは評価が上がったうえ、早期介入の加算アップやがんリハビリが新設された。回復期リハでは365日体制や1人1日6単位以上のリハビリ提供などが評価された。また、亜急性期病床における急性期の後方病床機能が評価され、要件の緩和やリハビリ提供体制が評価された。病院から在宅医療へのシフトを推進する在宅医療や訪問介護の見直しも実施された。

基本方針Ⅳの「効率化余地があると思われる領域を

適正化する視点」においては、諸外国に比べ導入が進まない後発医薬品の使用促進に対する評価が行われた。また、検査や技術の適正評価もされ、市場実勢価格の反映、機能の高い医療機器の点数を上げる一方、

低い機器は下げられた。そして、基本方針Vの「後期高齢者医療の診療報酬」は、マニフェストどおり後期高齢者医療制度の廃止を明確にしていることを受け、関連する診療報酬点数の廃止や名称変更が行われた。

## II. 改定の具体的項目による医療機関別の影響

### 1. 診療所

#### 主な変更点

- 再診料は2点引き下げ、外来管理加算の5分要件は撤廃
- 電子化加算3点を廃止して、地域医療貢献加算3点、明細書発行体制等加算1点を新設
- 血液化学検査引き下げ、画像診断の撮影料をアナログ、デジタルへ再編
- 手厚い人員配置の有床診療所を評価 等

最後には中医協で公益側委員裁定となった診療所と病院（一般病床200床未満）の再診料統一問題は、診療所71点を2点引き下げ、病院60点を9点引き上げて69点で統一した。また、再診料への「外来管理加算」は「5分要件」を廃止した。ただし、薬の処方だけを目的とした医師の簡単な問診による「お薬外来」では算定不可とした。一方、診療時間外に患者からの電話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）を新設した。さらにレセプト電子請求を行う医療機関には、原則として個々の医療行為が具体的に記載された明細書を無料で発行することを義務づけた。無料発行する診療所だけに限定して「明細書発行体制等加算」（1点）を新設した。病院ではこの加算はない。

つまり、再診料は▲2点になるが、地域医療貢献加算と明細書加算で、差し引き+2点の増点となる。ただし、厚労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て、それ以外の診療所では実質的な引き下げとなる。ほかにも薬価引き下げ、血液化学検査10項目以上129点→123点（▲6点）、画像診断の一般撮影もアナログとデジタル撮影へ再編を行った。デジタル撮影は3点引き上げたが、デジタル映像化処理加算（CR）15点を廃止したためデジタルでフィルム撮影している医療機関は実質的にマイナス

となった。

有床診療所は、これまでの「看護職員5人以上」「看護職員1～4人」という2区分の点数を、「看護職員7人以上」「看護職員4～6人」「看護職員1～3人」の3区分にした。また、急性期医療及び在宅医療等に対する後方病床の機能を有して地域医療を支える有床診療所の機能を、「初期加算の新設」「医師配置加算の見直し」「重症児等の受け入れ」の項目で評価した。

医師2名（内科、外科）の無床診療所でシミュレーションすると、「地域医療貢献加算なし」だと全体の収入が▲0.4%のマイナス、「有り」だと+0.8%のプラスとなった。ほかにもルーチンで行う眼科、耳鼻科の生体検査、皮膚科の処置を引き下げているため、これらの診療科診療所もマイナスとなってしまった。また、運動器リハビリを3区分にして外来で算定する「新運動器（Ⅱ）」は165点と「旧運動器（Ⅰ）」よりも5点引き下げた。整形外科で理学療法士を雇用して行う運動器リハの「新運動器（Ⅱ）」が多い無床診療所ではマイナスとなる。これらは昨年11月に行われた行政刷新会議の事業仕分けの結果、①収入の高い診療科の見直し、②開業医と勤務医の平準化を実行してきた中で、整形外科、眼科、皮膚科診療所の収益の高さを問題視していたからだ。診療所にとっては逆風が吹いた改定であった。

### 2. 中小病院、200床以上病院の外来

#### 主な変更点

- 一般病床200床未満病院の再診料は9点引き上げて69点
- 一般病床200床以上の外来診療料は70点で据え置き
- 血液化学検査引き下げ、画像診断の撮影料をアナログ、デジタルへ再編 等

一般病床200床未満の病院再診料は9点引き上げて69点となった。このため外来患者が多い病院ほど増収



となった。しかし、薬価引き下げ、血液化学検査引き下げ、一般撮影はアナログとデジタル撮影へ再編、CTは16列以上、MRIは1.5テスラ以上の高額機器を除いては引き下げとなった。1日外来約400人の病院で再診料アップ分の9点の貯金で、外来収入全体は約1%の増収となった。一方、一般病床200床以上病院の再診料に該当する簡単な検査や処置が包括された外来診療料70点は据え置かれた。明らかにプライマリアケア外来を行うのは一般病床200床未満病院であり、200床以上病院は入院中心でという厚労省のメッセージだ。

### 3. 在宅医療

#### 主な変更点

- 往診料を70点引き上げて720点へ
- マンション等の訪問診療を「同一建物居住者」として830点から200点へ
- 許可病床200床未満病院は在宅療養支援病院の届出が可能に 等

往診料は70点引き上げで720点になったが、計画的な訪問診療を評価した「在宅患者訪問診療料830点」は変わっていない。反対にこれまでマンションや団地等の別世帯患者はそれぞれ830点を算定できていたが、これを「同一建物居住者」として200点の算定とした。マンション居住者の多い医療機関には大打撃である。在宅医療での最大のトピックは在宅療養支援病院の要件緩和である。これまで「半径4キロメートル以内に診療所が存在しない」という要件のため、へき地や離島の病院に届出は限定されていた。これを「許可病床数が200床未満の病院」は届出可能とした。在宅療養支援病院になることで「在宅時医学総管理料(月1回)」が、在宅療養支援診療所と同じ高い点数が病院でも算定可能となる。

在宅時医学総管理料 (月1回)	許可病床200床 未満の病院	在宅療養 支援病院
イ 院外処方せんを交付	2,200点	4,200点
ロ 処方せんを交付しない	2,500点	4,500点

また、在宅ターミナルケア加算の要件緩和も行われた。これまででも在宅療養支援診療所または在宅療養支援病院の保険医が死亡日前14日以内に2回以上の往診または訪問診療を実施し、死亡前24時間以内に訪問し

て患者を看取った場合に10,000点加算があった。これに「往診また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」を要件に追加した。つまり、往診や訪問診療を行った患者が、その後、急変などで病院などに運ばれ24時間以内に死亡した場合でも、同加算が算定できることになった。

### 4. 急性期入院

#### 主な変更点

- DPCには6つの新しい機能評価係数を導入
- 大手術の点数を引き上げ
- 緊急入院患者受け入れを評価した救急医療管理加算の点数引き上げ
- チーム医療を評価した栄養ケアサポート加算、急性期看護補助体制加算新設や医師事務作業補助の点数引き上げ 等

難易度が高い大手術や緊急入院患者数が多いDPC(急性期の1日当たり定額払い)の大規模病院ほど有利な改定となった。大規模な急性期トップランナー病院では入院料収入全体で4~5%の引き上げとなっている。DPCでは、前年度包括部分収入を保証した「調整係数」の段階的廃止にともなって、6つの新しい機能評価係数が導入された。それは①「データ提出指数」(正確なデータ提出に係る評価)、②「効率性指数」(効率化に対する評価)、③「複雑性指数」(複雑性指数による評価)、④「カバー率指数」(診断群分類のカバー率による評価)、⑤「地域医療指数」(地域医療への貢献に係る評価)、⑥「救急医療係数」(救急医療の入院初期診療に係る評価)である。今次改定はこれまでの調整係数から新たな機能評価係数へ置き換える割合について、調整係数による“上積み相当部分”のうち、25%とした。新係数への置き換えは3回以上の報酬改定で段階廃止することとなり、次期改定ではさらに新係数による評価が増えてくる。

500床の病院では手術点数全体で10%近く上がったが、一般病床150床の病院では5%弱にとどまった。中小病院で多い一般的な手術は大部分が点データえ置きになったからだ。ただし、中小病院でも急性期関連点数アップによる増収効果は大きい。

一般病床195床、10対1入院基本料の病院で出来高換算を試みた。主な増収は、緊急入院患者受け入れを評価した救急医療管理加算+200点×7日、14日以内

入院加算+22点×14日、医師事務作業(50対1)、手術点数6%アップ、従来から配置している看護補助者を評価した急性期看護補助体制加算新設、リハビリ点数、早期加算等の引き上げによる「真水の増収」が入院全体で+2.9%と試算された。さらにアクションを起こすことで栄養サポートチーム加算や医師事務作業補助の基準アップ、連携関連点数で増収が見込める。

## 5. 回復期リハビリ病棟

### 主な変更点

- 入院料1・2ともに引き上げ
- 患者1人1日あたり平均2単位以上のリハビリという下限設定
- 365日リハビリ提供体制と患者1人1日平均6単位以上のリハビリを加算で評価
- リハビリ点数は1単位当たり脳血管Iが+10点、運動器Iが+5点、早期加算が+15点の引き上げ 等

回復期リハビリテーション病棟入院料1は前回改定で導入されたアウトカム(治療成果)評価は継続され、点数を1日当たり30点引き上げた。ただし、新規入院患者のうち「1割5分以上」が重症患者という要件を「2割以上」と、重症度割合を高めた。成果主義対象ではない同入院料2も1日当たり5点引き上げた。

改定では3つの大きな変更があった。第一は「患者1人1日あたり平均2単位以上」という下限を設定した点。1日1単位20分程度のリハビリしか実施できないところは回復期リハビリ病棟とは認めないというわけだ。第2は土日を含めて週7日間リハビリを提供できる体制を「休日リハビリテーション提供体制加算」60点(1日につき)で評価した。第3には患者1人1日あたり平均6単位以上のリハビリが行われている回復期リハビリ病棟には「リハビリテーション充実加算」40点(1日につき)という加算を新設した。リハビリセラピスト(理学療法士、作業療法士、言語聴覚士)がたくさんいて、1日患者1人当たり6単位以上のリハビリを365日提供している回復期リハとそうでないところの評価が大きく分かれた。

A病院は48床の回復期リハ病棟1を届出しており、リハビリ専門医がいて、365日体制で1日平均7.5単位の手厚いリハビリ提供を行っている。1日当たり入院単価は3.4万円である。現在、トップランナーの回復

期リハ病棟では1日平均8単位強、1日単価3.8~4万円になっている。A病院の入院料は1日30点アップしたため月間で約43万円の増収となった。ほかに新設された休日リハビリテーション提供体制加算60点とリハビリテーション充実加算40点で約144万円のプラスとなった。

リハビリ点数は1単位当たり脳血管Iが+10点、運動器Iが+5点、早期加算が+15点の引き上げとなった。廃用症候群は脳血管リハから分離されたが、旧点数で据え置きとなった。回復期リハ入院料+加算+リハビリ点数で6.3%の引き上げとなったが、どの回復期リハでもこのようなプラスになるわけではない。成果主義でない回復期リハ病棟2を届出していて、リハビリセラピストが少ないために実施単位も十分でなく、日祭日にリハビリを実施していない病院では微増にしかならない。365日、手厚いリハビリ実施とそうでない病院において、どちらのADL(日常生活動作)回復が早いかは説明するまでもない。きちんとしたエビデンス(根拠)があるから、今回の引き上げとなった。

## 6. 療養病棟

### 主な変更点

- 看護職員及び看護補助者が「20対1配置以上、医療区分2または3の患者が全体の8割以上」と「25対1配置以上」の2階建て入院料へ
- 救急・在宅等支援療養病床初期加算を入院14日間算定可へ
- 患者の病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要件化 等

療養病棟は医療区分1~3、ADL区分1~3で9区分に分類されていたが、点数は5区分になっていた。これを9区分の点数に変え、さらに2階建ての入院料に変えた。療養病棟入院基本料1は「看護職員及び看護補助者が20対1配置以上」「医療区分2または3の患者が全体の8割以上」という看護配置が高く、医療区分の高い患者が多い病棟である。9区分のうち6区分は現行点数よりも引き上げた。一方、療養病棟入院基本料2は「看護職員及び看護補助者が25対1配置以上」という要件だけで、こちらは9区分のうち1区分以外は点数を大幅に引き下げた。

また、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保険施設の入所者を受

け入れた場合の「救急・在宅等支援療養病床初期加算150点×14日間限度」の初期加算を新設した。ほかにも患者の病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要件化した。療養病棟は医療区分が導入されるまでは社会的入院患者が多くなっていて、ベクトルは「介護施設化」という方向であった。ところが医療区分導入でベクトルの向きが本来の病院としての機能へ変わり、今次改定でさらに療養病棟入院基本料1は急性期の後方病床としての役割が強まった。

療養を2病棟持つB病院の看護配置は20対1であり、区分2・3の患者が8割以上いる。新しい医療区分の入院料に患者を置き換えると3.1%の増収となった。さらに急性期病院から転院して直接、療養に入院した患者が10人いる。B病院では医療区分点数と加算の置き換えで3.6%の増収となった。

また、C病院も看護配置は20対1で区分2・3の患者が8割以上いるが、シミュレーションしてみるとプラス2%程度とB病院よりも小幅のアップであった。これは医療区分3よりも点数が低い区分2の患者が多いことと、急性期病院からの紹介が少ないために初期加算の算定が多くないことが理由である。いずれにしても看護配置20対1、区分2・3が8割以上のところはプラスになる。

一方、看護25対1で医療区分のハードルがない療養病棟入院基本料2の療養は厳しくなってしまう。これまでも低いと言われていた医療区分1、ADL区分1の750点を722点へとさらに28点も引き下げてきた。看護配置が少なく医療区分の低い患者が多い療養病棟は、介護療養型老健等の介護施設へ転換して下さいというメッセージ性が強い点数配分になった。

## Ⅲ. 医療機関別の経営対応策

### 1. 診療所の経営対応策

診療所では「地域医療貢献加算」3点の届出の有無が、プラス改定かマイナス改定かの分水嶺になる。ある診療所では院長が高齢のために夜間や休日の電話問い合わせに対応するつもりはないという。同加算への対応は診療所の方針で大きく異なる。数少ないプラス要素としては、包括点数の生活習慣病管理料(対象：脂質異常症、高血圧症、糖尿病)が後期高齢者でも算定できるようになった。それ以外は血液化学検査の引

き下げ等のマイナス要素が大きい。

医療機関の収入は「患者単価×患者数」になる。患者単価が下がったら、N(患者数)を病院や介護施設等と連携して増加させなければならない。改定では、脳卒中や大腿骨頸部骨折の地域連携クリティカルパスが在宅療養を担う診療所までに拡大され、初回月に「地域連携診療計画退院時指導料(Ⅱ)」300点が算定可能になった。また、がん患者にがん診療連携拠点病院等と連携して日常的な診療を行う場合の「がん治療連携指導料」300点も新設した。ほかにもインターフェロン治療の連携も評価している。このような病院との連携を評価した点数への取り組みが必要になってくる。また、眼科や耳鼻科の専門クリニックは自院の専門性をさらに強く打ち出すことが必要だ。病院との連携だけではなく、訪問看護ステーション、調剤薬局、介護施設や介護事業所、ケアマネジャー、行政等の多職種との「地域完結型」の連携が必要となってくる。地域完結型の連携で、診療所にはサッカーで言えばシュートする選手に的確なパスを出す司令塔のミッドフィルダーとしての役割が求められるのではないだろうか。

#### 診療所の対応策

- ①信頼できる病院との連携
- ②地域の介護施設、介護サービス事業所、ケアマネジャーとの連携
- ③地域のニーズにあった外来診療日時の設定(夜間、早朝、日祭日)
- ④在宅医療の充実
- ⑤24時間体制の訪問看護ステーションや調剤薬局との連携
- ⑥ホームページや広報誌の充実
- ⑦マイカルテ等による情報開示
- ⑧職員の接遇マナーを充実
- ⑨アンケートで患者ニーズを把握
- ⑩専門性を打ち出す(在宅専門・ファミリードクター・糖尿病外来・認知症・睡眠時無呼吸・女性外来・セカンドオピニオン等)



## 2. 病院の経営対応策

改定における病院経営への重要なキーワードは「医療機能」「医療連携」「多職種協働」である。これらに関する項目が引き上げや新設された。第一のキーワード「医療機能」では、産科・小児科を含む急性期医療の充実が評価された。診療科の閉鎖や救急のたらい回しなど、インフラとしての医療が崩壊してきたことへの早急な立て直しを狙ったものだが、基幹病院・救命センターだけの努力では対応しきれない地域があることは明白だ。そこで、急性期においても医療機関が連携しあうことに対して多くの評価が設けられた。

第二の「医療連携」では急性期病院では早期の高密度な医療を短期間で提供し、病態が安定してきたら次の治療が受けられるところへバトンタッチしていく。この後方病院は病態によって回復期リハビリ病棟、療養病棟、有床診療所など異なる。その事情に合わせた連携を評価した。また、介護サービス事業所や介護施設、訪問看護などが連携し医療資源を地域で効率的に活用することが改めて求められた。医療機関における社会福祉士の退院調整の活動が評価されるなど院内連携の重要性もさらに高まった。これらは2012年の介護報酬との同時改定へ向けたインフラ整備である。

第三の「多職種協働」については、勤務医の負担軽減という視点から、医師以外のコメディカルの役割が栄養サポートチーム、呼吸器ケアチームなどで評価された。また、医療職以外の職員の役割が看護補助体制や医師事務作業補助体制などで評価された。しっかりと研修したレベルの高い人材を投入しチームで質の高い医療を提供することが求められる。

評価されるのは、急性期病院では救急入院患者を多く受け入れ、24時間体制で難易度の高い手術を行い、手術件数と重症患者が多く、医療の質を高める努力をしているところだ。さらに後方病院や診療所、介護関連施設としっかりと連携をしており、看護師、コメディカル、看護補助者、医師事務作業補助員を抱負に配置し、多職種協働(スキルミクス)でチーム医療を行っている急性期(DPC)病院である。また、回復期リハビリ病棟ではリハビリスタッフを十分に配置し、365日体制で患者1人1日当たり6単位以上の手厚いリハビリが提供できているところだ。療養病棟では医療区分2・3の患者が8割以上と重度の患者が多く、看護配置20対1

### 急性期病院の対応策

- ①救急医療体制の充実
- ②医療連携を強化
- ③クリティカルパス数を多くする
- ④ICU(特定集中治療室管理料)またはHCU(ハイケアユニット)届出
- ⑤専門性特化の診療科や治療を行う
- ⑥看護師確保のために中・長期採用計画、卒後教育の充実
- ⑦多職種協働によるチーム医療
- ⑧DPCへの対応

### 回復期・療養型病院の対応策

- ①回復期リハビリ病棟の入院リハ提供は365日体制へ
- ②医療療養型として残るならば看護20対1で医療区分2・3の患者を8割以上
- ③看護25対1で医療区分1が多いならば他施設への決断
- ④急性期病院や介護施設、介護事業所との連携強化
- ⑤多職種協働によるチーム医療
- ⑥在宅療養支援診療所や介護施設、高専賃ヘシームレスにつなぐ

の病院が評価された。このように改定は同じ機能の医療機関であっても、その医療提供内容、人員配置、患者の重症度で点数評価が大きく違うことに特徴がある。

従来、患者からの電話へ24時間対応する診療所や病院の栄養サポートチームなど、加算の有無にかかわらず、先駆的に実施してきた医療機関は決して収益向上を目的にした「点数ありき主義」で経営を行ってきたわけではない。患者の安心やQOL(生活の質)、アウトカム(治療成果)を高めることを目的に取り組んできたことが、やっと遅れて点数の評価という形で現れている。最近の診療報酬改定は医療の質や効率性の向上に資する先駆的な試みのなかで、何らかのエビデンスが判明したものを評価する傾向が顕著になっている。この傾向は今後も変わらないだろう。診療報酬には、もはや裏技的な対応方法はない。次回2012年改定は介護報酬との同時改定になるため、各医療機関が二次医療圏の中で何をやるかを明確にしておく必要がある。■

#### PROFILE

㈱MMオフィス 代表取締役 工藤 高

82年日本大学経済学部卒業、(医)河北総合病院、亀田総合病院分院である(医)鉄蕉会森の里病院などの合計18年間にわたる病院勤務を経て99年より現職。専門は診療報酬側面からの病院経営戦略立案。関東学院大学大学院経済学研究科(医療経済学)、大東文化大学環境創造学部(病院経営)、早稲田速記医療福祉専門学校(診療報酬)で非常勤講師。

