

2018年4月24日

医療経営論

Healthcare Management

③医療保険と診療報酬

担当

安川文朗

今日の講義のゴール

診療報酬とは何かについて理解する

診療報酬を通じた医療保険制度の特徴と課題を考える

診療報酬制度に依拠した医療経営の特徴と課題を理解する

診療報酬とは何か

1) 仕組

- * 保険医療機関および保険薬局が保険医療サービスに対する対価として保険者から受け取る報酬(点数で表示:1点=10円で換算)
- * 報酬額の決定手順は、厚生労働大臣の諮問⇒中央社会保険医療協議会(中医協)の協議⇒厚生労働大臣の告示
- * 2年に1回改訂を実施(ただし薬価は毎年見直し)

2) 内容

- * **医療技術・サービスの評価**(処置・手術・検査などの技術料、医師の診断治療に対する報酬、看護サービスの報酬など)
- プラス**
- * **モノの価格評価**(医療材料や器具、医薬品、病室等。ただし医薬品は「薬価基準」として別途価格を決定)

3) 診療報酬の決定方法

- ① 予算編成過程を通じて内閣が決定した改定率を所与の前提として,
- ② 社会保障審議会医療保険部会及び医療部会において策定された「基本方針」に基づき,
- ③ 中央社会保険医療協議会において、具体的な診療報酬点数の設定等に係る審議を行い実施される



医療政策における財源(=予算制約)の範囲で、医療行為が効率的に実施され、かつ医療提供者と医療受容者のどちらかに著しい不公正が生じないようなバランス感覚をもって、医療の価格を公的に決定する

医科診療報酬点数表



診療報酬の構造 ⇒ 資料参照

A000 初診料 282点

注1 保険医療機関において初診を行った場合に算定する。

2 病院である保険医療機関(特定機能病院(医療法(昭和23年法律第205号)第4条の2第1項に規定する特定機能病院をいう。以下この表において同じ。))及び許可病床(同法の規定に基づき許可を受け、若しくは届出をし、又は承認を受けた病床をいう。以下この表において同じ。)の数が400以上である地域医療支援病院(同法第4条第1項に規定する地域医療支援病院をいう。以下この表において同じ。)に限る。)であって、初診の患者に占める他の病院又は診療所等からの文書による紹介があるものの割合等が低いものにおいて、別に厚生労働大臣が定める患者に対して初診を行った場合には、注1の規定にかかわらず、209点を算定する。

3 病院である保険医療機関(許可病床数が400床以上である病院(特定機能病院、地域医療支援病院及び医療法第7条第2項第5号に規定する一般病床(以下「一般病床」という。))に係るものの数が200未満の病院を除く。)に限る。)であって、初診の患者に占める他の病院又は診療所等からの文書による紹介があるものの割合等が低いものにおいて、別に厚生労働大臣が定める患者に対して初診を行った場合には、注1の規定にかかわらず、209点を算定する。

.....

7 保険医療機関が表示する診療時間以外の時間(深夜(午後10時から午前6時までの間をいう。以下この表において同じ。))及び休日を除く。以下この表において同じ。)、休日(深夜を除く。以下この表において同じ。))又は深夜において初診を行った場合は、時間外加算、休日加算又は深夜加算として、それぞれ85点、250点又は480点(6歳未満の乳幼児又は妊婦の場合にあつては、それぞれ200点、365点又は695点)を所定点数に加算する。ただし、専ら夜間における救急医療の確保のために設けられている保険医療機関にあつては、夜間であつて別に厚生労働大臣が定める時間において初診を行った場合は、230点(6歳未満の乳幼児又は妊婦の場合にあつては、345点)を所定点数に加算する。

A100 一般病棟入院基本料(1日につき)

1 急性期一般入院基本料

イ	急性期一般入院料1	1,591点
ロ	急性期一般入院料2	1,561点
ハ	急性期一般入院料3	1,491点
ニ	急性期一般入院料4	1,387点
ホ	急性期一般入院料5	1,377点
ヘ	急性期一般入院料6	1,357点
ト	急性期一般入院料7	1,332点

2 地域一般入院基本料

イ	地域一般入院料1	1,126点
ロ	地域一般入院料2	1,121点
ハ	地域一般入院料3	960点

注1 療養病棟入院基本料、結核病棟入院基本料又は精神病棟入院基本料を算定する病棟以外の病院の病棟(以下この表において「一般病棟」という。)であって、看護配置、看護師比率、平均在院日数その他の事項につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして保険医療機関が地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者(第3節の特定入院料を算定する患者を除く。)について、当該基準に係る区分に従い、それぞれ所定点数を算定する。ただし、通則第6号に規定する保険医療機関の病棟については、この限りでない。

手術料

K081 人工骨頭挿入術

- 1 肩、股 19,500点
- 2 肘、手、足 18,810点
- 3 指(手、足) 10,880点

K552 冠動脈、大動脈バイパス移植術

- 1 1吻合のもの 71,570点
- 2 2吻合以上のもの 89,250点

注 冠動脈形成術(血栓内膜摘除)を併せて行った場合は、10,000点を加算する。

K655 胃切除術

- 1 単純切除術 33,850点
- 2 悪性腫瘍手術 55,870点

注 有茎腸管移植を併せて行った場合は、5,000点を加算する。

画像診断

E200 コンピューター断層撮影(CT撮影)(一連)

1 CT撮影

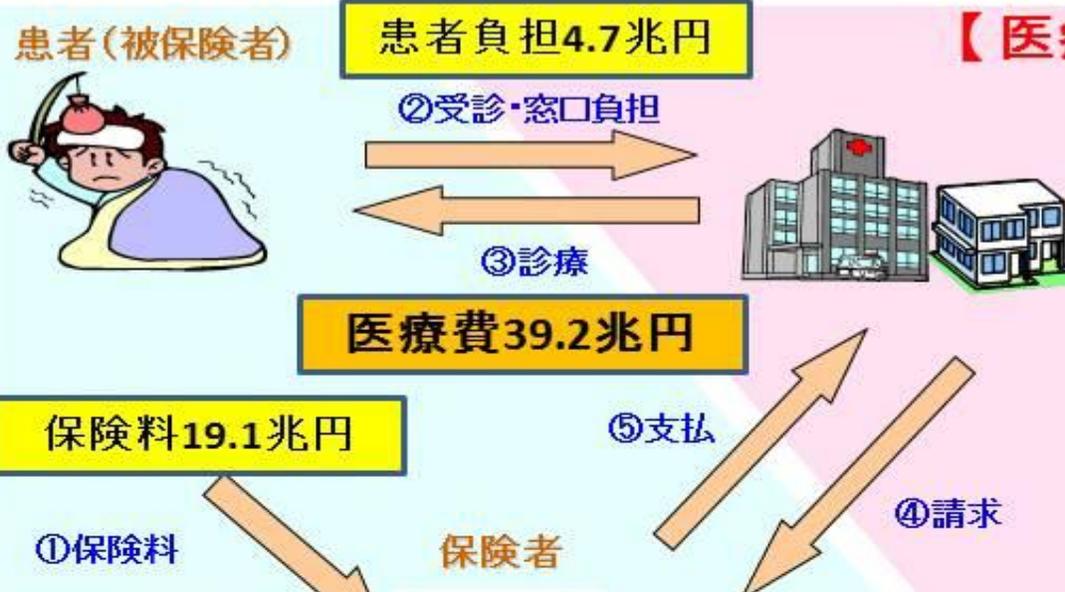
- イ 64列以上のマルチスライス型の機器による場合
(1) 共同利用施設において行われる場合 1,020点
(2) その他の場合 1,000点
- ロ 16列以上64列未満のマルチスライス型の機器による場合 900点
- ハ 4列以上16列未満のマルチスライス型の機器による場合 750点
- ニ イ、ロ又はハ以外の場合 560点

2 脳槽CT撮影(造影を含む。) 2,300点

注1 CT撮影のイ、ロ及びハについては、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において行われる場合に限り算定する。

我が国の医療提供体制の概要

- ・75歳以上
1割負担
(現役並み所得者は3割負担)
 - ・70歳から74歳
2割負担※
(現役並み所得者は3割負担)
 - ・義務教育就学後から69歳
3割負担
 - ・義務教育就学前
2割負担
- ※平成26年4月以降に新たに70歳になる者 2割
同年3月末までに既に70歳に達している者 1割



【医療提供体制】

病院: 8,565
(病床数: 1,578,254)

診療所: 100,152
(病床数: 125,599)

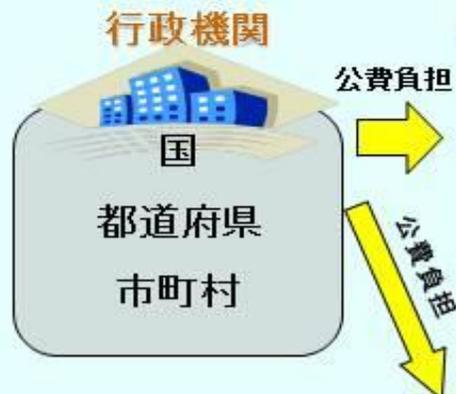
歯科診療所: 68,474

薬局: 55,797

※数字は、平成24年10月1日時点
(出典:平成24年医療施設調査)

※薬局は、平成26年3月末時点
(出典:平成25年度衛生行政報告例)

【医療保険制度】



(主な制度名)	(保険者数)	(加入者数)
国民健康保険	1,881	約3,800万人
全国健康保険協会 管掌健康保険 (旧政管健保)	1	約3,500万人
組合管掌健康保険	1,431	約2,900万人
共済組合	85	約900万人

※保険者数及び加入者数は平成25年3月末時点

各保険者	支援金	後期高齢者医療制度	47	約1,500万人
------	-----	-----------	----	----------

※加入者数は平成25年3月末時点

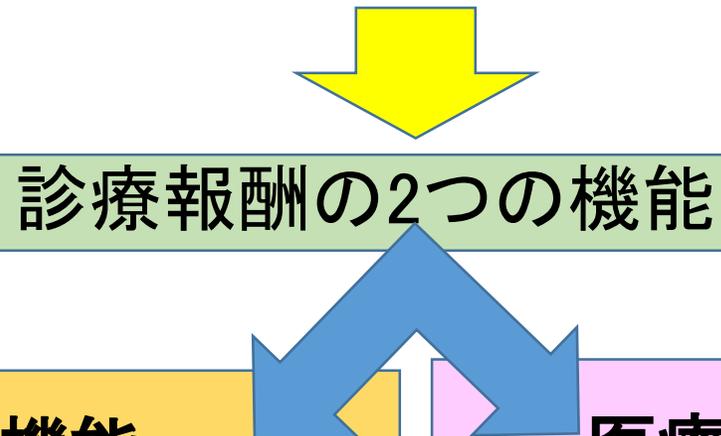
医師	303,268人
歯科医師	102,551人
薬剤師	280,052人
看護師	1,067,760人
保健師	57,112人
助産師	35,185人

※医師・歯科医師・薬剤師は平成24年12月31日時点
(平成24年医師・歯科医師・薬剤師調査)

※看護師・保健師・助産師は平成24年における
厚生労働省看護課集計

診療報酬制度を通じた医療保険制度の特徴と課題

日本の医療保険制度が運用されるあらゆる医療サービスについて、「診療報酬」の設定が必要



診療報酬の2つの機能

医療の「価格表」としての機能

個々の診療行為の(全国共通の)価格を設定

医療提供者が「どんな診療」を実施しようか決定する場合の重要な要素

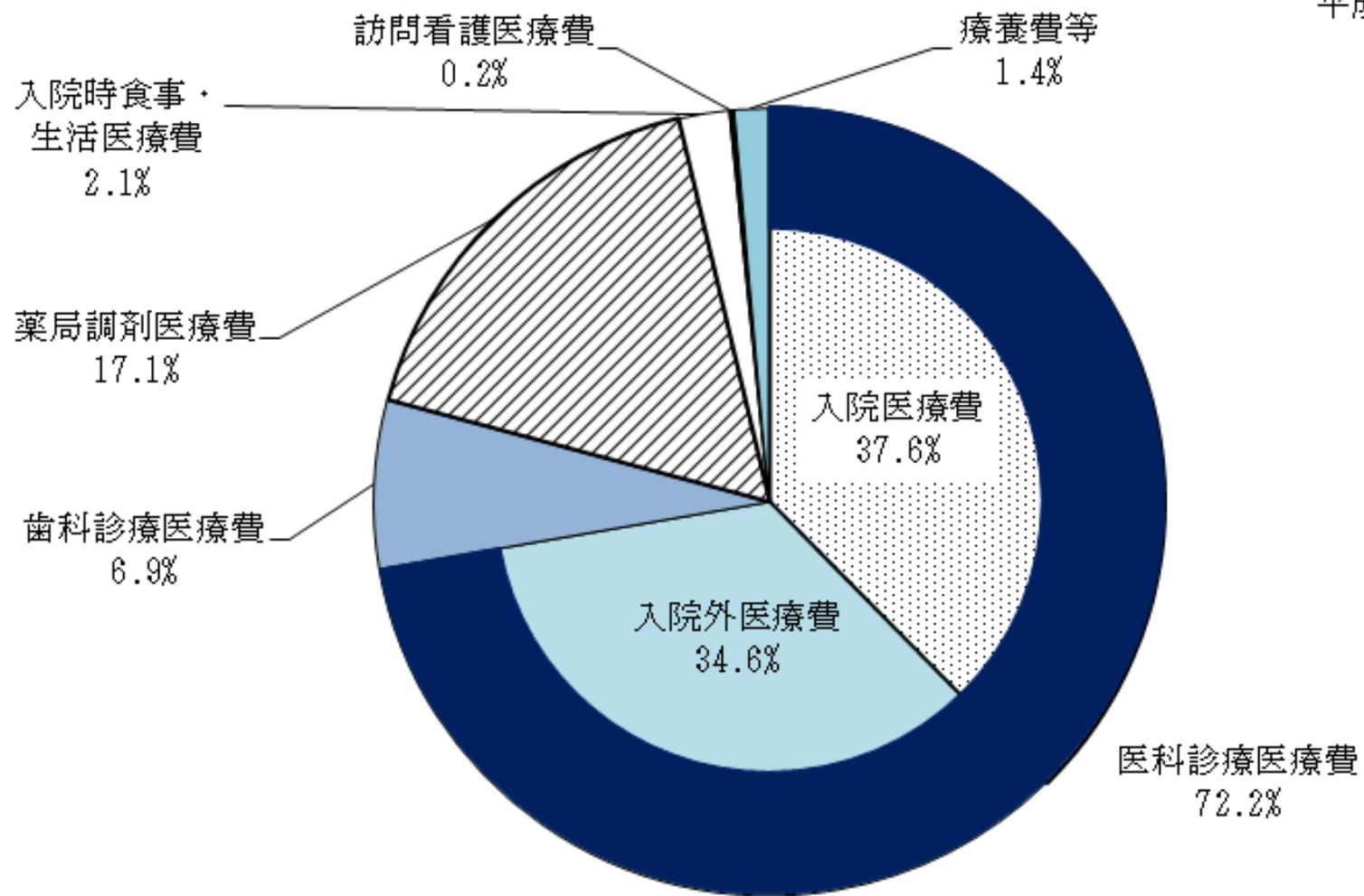
医療の「品目表」としての機能

診療報酬が設定されていない医療行為は、日本の保険医療体制のもとでは提供されない

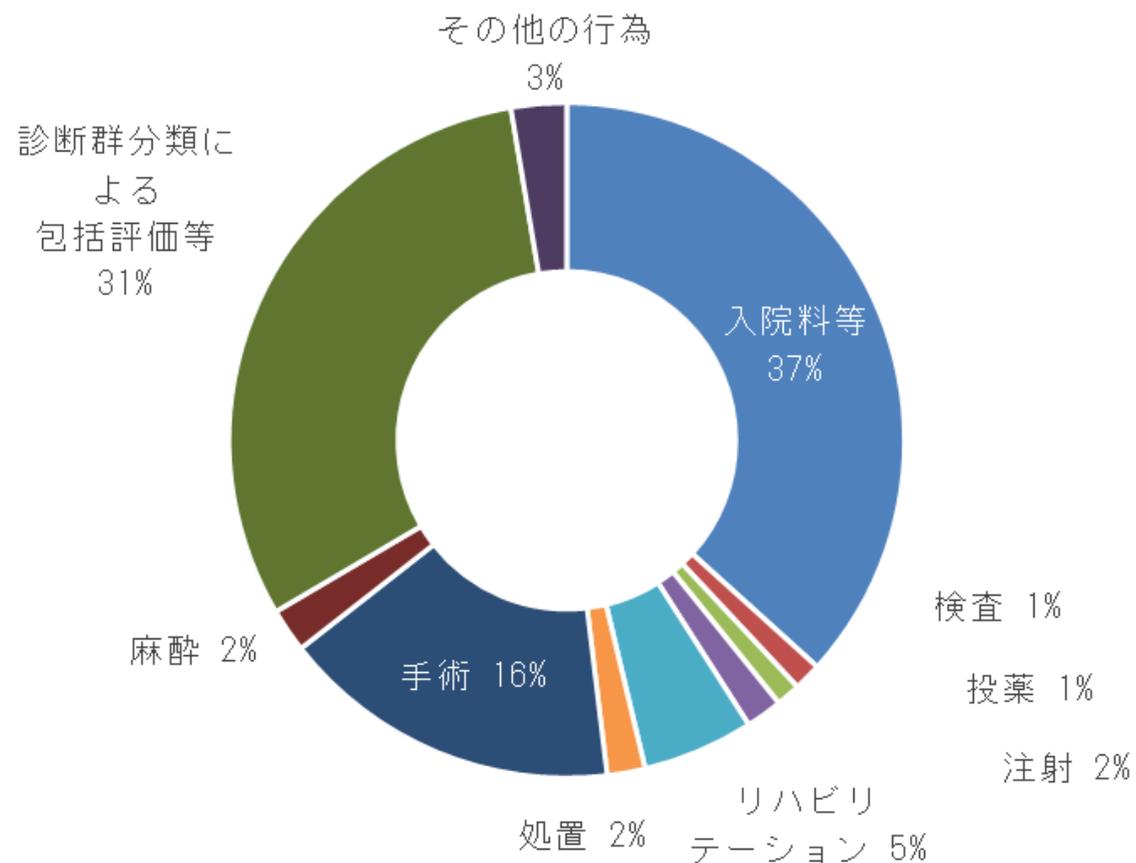
医療提供者が提供できる「範囲」を決定する

診療報酬の構成(全体)

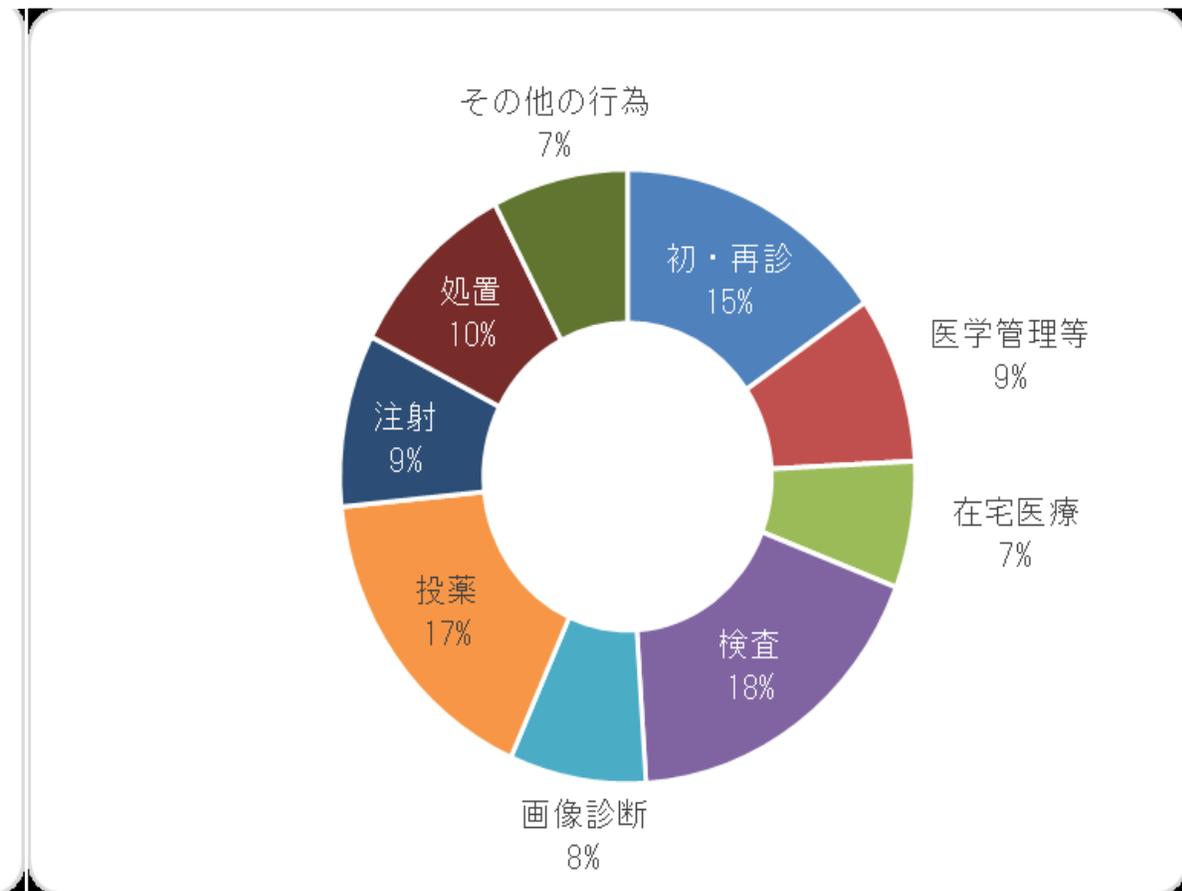
平成24年度



入院における診療報酬の割合



外来における診療報酬の割合



診療報酬制度と医療経営の関係

患者(被保険者)の診療行為ごとに請求・支払われる診療報酬は、医療機関からみれば毎月、保険者(審査支払機関)から得られる**医業収入**

医療保険に係る医業収入が保険医療機関収入の大半を占め、かつ、医療機関のほとんどが保険医療機関であるため、わが国医療機関の経営に直接的な影響を及ぼす。

- ①診療報酬点数が、医療機関にとって中心的な診療行為を選択するひとつの要因となる
- ②診療報酬点数の増減(改訂)によって、医療機関の収入が増減するため、**医療機関は毎回そのダメージを減らすための対抗戦略を練る**
- ③診療報酬点数が全国一律の公定価格として機能するため、**一般のサービスと異なり「医療サービスの価格」が医療機関の良し悪しを判断するシグナルにならない**

平成28年度診療報酬改定が病院・診療所経営に及ぼす影響（在宅医療を除く）

<https://mediva.co.jp/komatsu-blog/2016/03/28-1.html> 0327 より

1. 急性期病棟の要件厳格化

今回改定の最大のトピックスは「7対1病棟の要件厳格化」です。具体的には「①重症度、医療・看護必要度の区分見直し」「②重症度、医療・看護必要度の患者比率引き上げ」「③在宅復帰率の引き上げ」となりました。

①は、主に術後患者を評価する項目としてC項目が新設されています。またA項目に救急搬送及び無菌治療室での治療を評価する項目、B項目に認知症を評価する項目が加わっています。

②は、重症度、医療・看護必要度の患者比率が15%から25%に引き上げられる一方、対象患者比率の要件が「A項目2点以上かつB項目3点以上」「A項目3点以上」「C項目1点以上」に拡大されています。

③は、前回改定で設定された在宅復帰率75%が80%に引き上げられ、在宅復帰の対象先に在宅復帰強化加算を有する有床診療所が加わっています。

特に影響が大きいのが①②となります。救急を積極的に受け入れている、もしくは手術適用患者を獲得できている7対1病院は、より新規入院患者を獲得するために病床の回転を意識したオペレーションが必要になります。一方、救急を積極的に受け入れていない、もしくは手術適用の患者が少ない7対1病院は、10対1及び地域包括ケア病床への転換を視野に入れつつ、地域における自院の役割を再度見直す必要があります。

2. 回復期リハビリテーション病棟のアウトカム評価導入

回復期リハビリテーション病棟については、リハビリ効果を定量的に評価する「アウトカム評価の導入」がポイントとなります。提供しているリハビリに一定の効果が見られない場合、1日6単位以上のリハビリが入院基本料に包括されることとなります。リハビリの実績評価については、過去6ヶ月間の機能的自立度評価の改善度、及び改善に要した期間から算出します。今回改定の背景には「回復期リハビリテーション病棟におけるリハビリ提供単位数が増える一方、受け入れている患者層やリハビリの機能改善の結果にバラつきがある」というデータがあります。患者の機能回復及び在宅復帰を促進するために、リハビリの提供量だけでなく質を評価する目的で今回の改定に至っています。質の高いリハビリを実施するためには、リハビリスタッフだけではなく医師や看護師、社会福祉士とリハビリ計画及び進捗状況を共有し、在院日数短縮に向けた協働が必要となります。

4. かかりつけ機能の評価

前回改定で新設された地域包括診療料・地域包括診療加算の要件が緩和されました。具体的には、診療所において大きなハードルとなっていた「常勤医師3名」という要件が「2名」となりました。機能分化を図る上で、地域のゲートキーパーとなるかかりつけ医は重要な役割を担うこととなりますので、要件を緩和してかかりつけ機能の充実を意図した改定となりました。

また、複数疾患を有する認知症患者に対するかかりつけ機能の評価する名目で、認知症地域包括診療料・認知症地域包括診療加算が新設されました。認知症患者が今後ますます増えることを見越した上での改定となっています。