

週刊

医業経営
ウェブマガジン

発行

株式会社 常陽経営コンサルタンツ

MAGAZINE

1 医療情報ヘッドライン

社会保障費、9.8%増の 27 兆 2,686 億円に拡大
財務省、平成 22 年度予算のポイントを発表

平成 22 年度の「厚生労働省税制改正」を発表
診療報酬の非課税措置は「存続」も、今後議論

2 経営 TOPICS 抜粋

統計調査資料

病院報告(平成 21 年 8 月分概数)

3 経営情報レポート 要約版

病院経営のポイント総点検
変革迎える 2010 年医療界の動向

4 経営データベース

ジャンル: 医療制度 サブジャンル: 後期高齢者医療制度

後期高齢者医療制度をめぐる施策動向
療養病床再編計画凍結のゆくえ

社会保障費、9.8%増の27兆2,686億円に拡大 財務省、平成22年度予算のポイントを発表

財務省は12月25日、平成22年度予算のポイントを発表した。歳出合計は92兆2,992億円。前年度比で3兆7,512億円の増加となった。社会保障費は前年度比2兆4,342億円(9.8%)増の27兆2,686億円。分野別にみると、医療が9兆4,594億円(前年度比4.8%増)、介護が2兆803億円(同5.6%増)、年金が10兆3,207億円(同2.7%増)、福祉が5兆4,081億円(同42.7%増)となっている。福祉分野の大幅増は子ども手当の創設によるものだ。

医療については、診療報酬改定・後発品使用促進策、協会けんぽ国庫負担、個々の医療機関等に対する補助金などが盛り込まれてい

る。個々の医療機関等に対する補助金は、行政刷新会議における事業仕分けの結果を踏まえ、診療報酬との役割分担、個々の補助金の執行実績や効果を洗い直し、要求からほぼ半減した。今回の診療報酬改定による増額によっても、なお支援が必要な救急・周産期の拠点病院の支援等については「重点的に増額」としている。

22年度の個々の医療機関等に対する補助金のうち、「周産期医療対策事業」は63億円、「救命救急センター事業」は49億円、「ドクターヘリ導入促進事業」は28億円、「病院内保育所運営事業」は21億円などとなっている。

1 国民皆保険の堅持 9兆4,442億円(9兆139億円)

- | | |
|-----------------------|----------------------|
| (1) 診療報酬の改定 | 9兆4,043億円(8兆9,906億円) |
| (2) 協会けんぽの国庫負担割合の引上げ等 | |
| (3) 国保財政基盤強化策の延長 | 1,029億円(934億円) |
| (4) 後期高齢者医療制度の廃止までの措置 | 77億円(70億円) |

2 救急医療・周産期医療の体制整備等443億円(466億円)

- | | |
|-------------------|--------------|
| (1) 周産期医療体制の充実・強化 | 87億円(42億円) |
| (2) 救急医療体制の充実 | 175億円(214億円) |
| (3) 災害医療体制の充実 | 75百万円(36百万円) |
| (4) 地域医療連携の強化 | 17億円(10億円) |

3 医師確保・医療人材確保対策等の推進370億円(471億円)

- | | |
|------------------------|--------------|
| (1) 医師の診療科偏在・地域偏在対策 | 80億円(152億円) |
| (2) 女性医師等の離職防止・復職支援 | 25億円(55億円) |
| (3) 看護職員の資質の向上及び確保策の推進 | 103億円(95億円) |
| (4) 補償制度・医療事故における死因究明 | 3.7億円(4.9億円) |

厚生労働省：『平成22年度厚生労働省予算案の主要事項』より

平成 22 年度の「厚生労働省税制改正」を発表 診療報酬の非課税措置は「存続」も、今後議論

厚生労働省の社会保障担当参事官室と労働政策担当参事官室は 12 月 24 日、平成 22 年度の「厚生労働省税制改正」を発表した。

診療報酬に係る事業税の非課税措置については「存続」されるが、今後の取り扱いについては平成 22 年の 1 年間をかけ、「真摯に議論し、結論を得ること」とされた。同様に「存続」とされた医療法人の診療報酬以外の部分に係る事業税の軽減措置についても、今年 1 年かけ、「真摯に議論し、結論を得ること」とされている。

また、周産期医療の連携体制を担う医療機関が周産期医療の用に供する不動産（分べん室、陣痛室、新生児室等）を取得した場合に、当該不動産の価格の 2 分の 1 を課税標準から控除する不動産取得税の特例措置については、

適用期限を 6 年延長の上、廃止することとされた。この特例措置については、できるだけ早期の施設整備を促すというインセンティブ効果を高めるため、新サンセット方式が導入される。控除割合は段階的に縮減することとし、平成 22 年 4 月 1 日から平成 25 年 3 月 31 日までに取得した場合は 2 分の 1、平成 25 年 4 月 1 日から平成 27 年 3 月 31 日までに取得した場合は 3 分の 1、平成 27 年 4 月 1 日から平成 28 年 3 月 31 日までに取得した場合は 6 分の 1 としている。

このほか、病院等が取得した地震防災対策用資産については、当該資産に係る固定資産税の課税標準を 3 年間に限り 3 分の 2 に軽減するという特例措置の適用期限を 4 年間延長の上、廃止することとされた。

平成 22 年度厚生労働省税制改正 主要事項(抜粋)

1 地域医療の再生に向けて

- ①周産期医療の連携体制を担う医療機関が取得する施設に係る特例措置の延長〔不動産取得税〕
- ②中小企業等基盤強化税制の拡充〔所得税、法人税、法人住民税〕
- ③中小企業投資促進税制の適用期限の延長〔所得税、法人税、法人住民税〕
- ④病院等が取得した地震防災対策用資産に係る特例措置の延長〔固定資産税〕
- ⑤独立行政法人地域医療機能推進機構の設立に伴う社会保険病院等に必要非課税措置の創設等〔所得税、法人税、登録免許税、印紙税、法人住民税、事業税、不動産取得税、固定資産税等〕
- ⑥社会保険診療報酬に係る非課税措置の存続〔事業税〕
- ⑦医療法人の社会保険診療報酬以外部分に係る軽減措置の存続〔事業税〕

病院報告

平成 21 年8月分概数

1 1日平均患者数(各月間)

	1日平均患者数(人)			対前月増減(人)	
	平成21年8月	平成21年7月	平成21年6月	平成21年8月	平成21年7月
病院					
在院患者数					
総数	1 305 738	1 311 855	1 309 725	△ 6 117	2 130
精神病床	314 629	314 451	313 503	178	948
結核病床	3 430	3 491	3 433	△ 61	58
療養病床	308 221	307 081	307 067	1 140	14
一般病床	679 406	686 790	685 668	△ 7 384	1 122
(再掲)介護療養病床	81 742	82 290	82 814	△ 548	△ 524
外来患者数	1 385 340	1 471 397	1 480 353	△ 86 057	△ 8 956
診療所					
在院患者数					
療養病床	11 561	11 741	11 757	△ 180	△ 16
(再掲)介護療養病床	4 515	4 572	4 566	△ 57	6

- 注1) 病院の総数には感染症病床を含む。
 2) 介護療養病床は療養病床の再掲である。

2 月末病床利用率(各月末)

	病床利用率(%)			対前月増減	
	平成21年8月	平成21年7月	平成21年6月	平成21年8月	平成21年7月
病院					
総数	80.4	81.3	81.2	△ 0.9	0.1
精神病床	89.9	90.0	89.7	△ 0.1	0.3
結核病床	38.0	38.6	37.5	△ 0.6	1.1
療養病床	90.8	91.1	90.6	△ 0.3	0.5
一般病床	73.4	74.9	75.1	△ 1.5	△ 0.2
介護療養病床	94.3	94.4	94.0	△ 0.1	0.4
診療所					
療養病床	68.6	68.9	69.2	△ 0.3	△ 0.3
介護療養病床	79.0	79.8	79.1	△ 0.8	0.7

- 注1) 月末病床利用率 = $\frac{\text{月末在院患者数}}{\text{月末病床数}} \times 100$
 2) 病院の総数には感染症病床を含む。

3 平均在院日数(各月間)

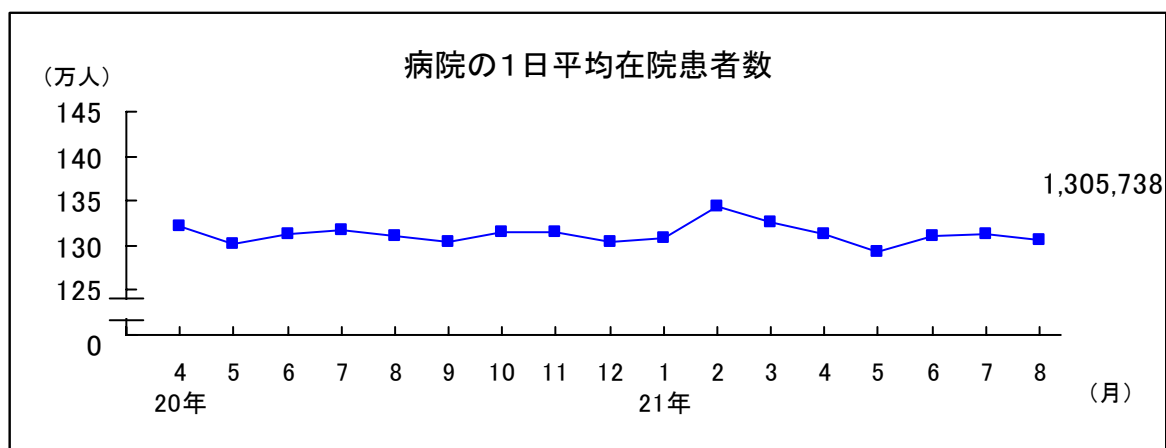
	平均在院日数(日)			対前月増減(日)	
	平成21年8月	平成21年7月	平成21年6月	平成21年8月	平成21年7月
病院					
総数	32.9	32.3	31.9	0.6	0.4
精神病床	312.2	295.4	285.6	16.8	9.8
結核病床	74.3	71.9	71.5	2.4	0.4
療養病床	189.6	180.6	173.9	9.0	6.7
一般病床	18.2	17.9	17.7	0.3	0.2
介護療養病床	311.3	293.6	283.4	17.7	10.2
診療所					
療養病床	106.8	105.0	103.2	1.8	1.8
介護療養病床	101.1	103.3	102.2	△ 2.2	1.1

注：1 平均在院日数 = $\frac{\text{在院患者延数}}{1/2(\text{新入院患者数} + \text{退院患者数})}$

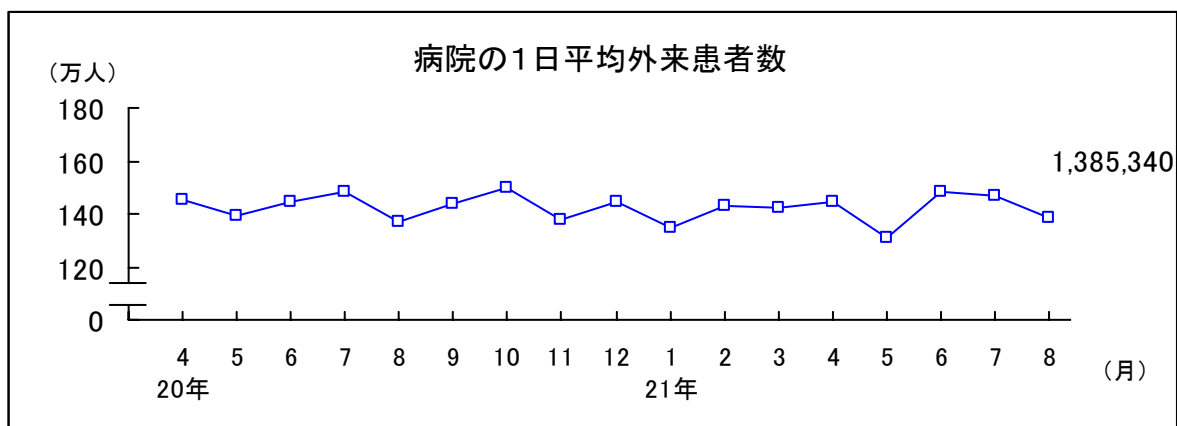
ただし、療養病床の平均在院日数 = $\frac{\text{在院患者延数}}{1/2(\text{新入院患者数} + \text{同一医療機関内の他の病床から移された患者数} + \text{退院患者数} + \text{同一医療機関内の他の病床へ移された患者数})}$

2 病院の総数には感染症病床を含む。

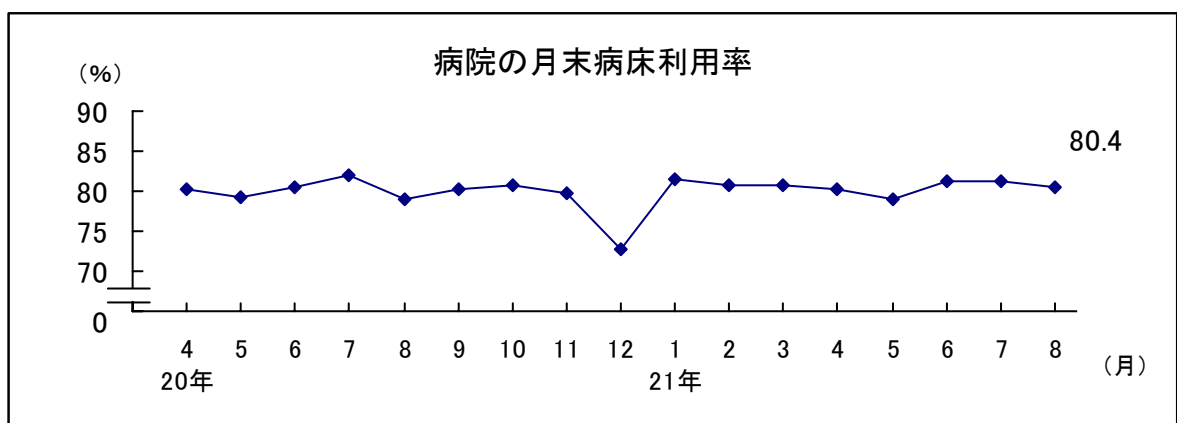
◆病院:1日平均在院患者数の推移



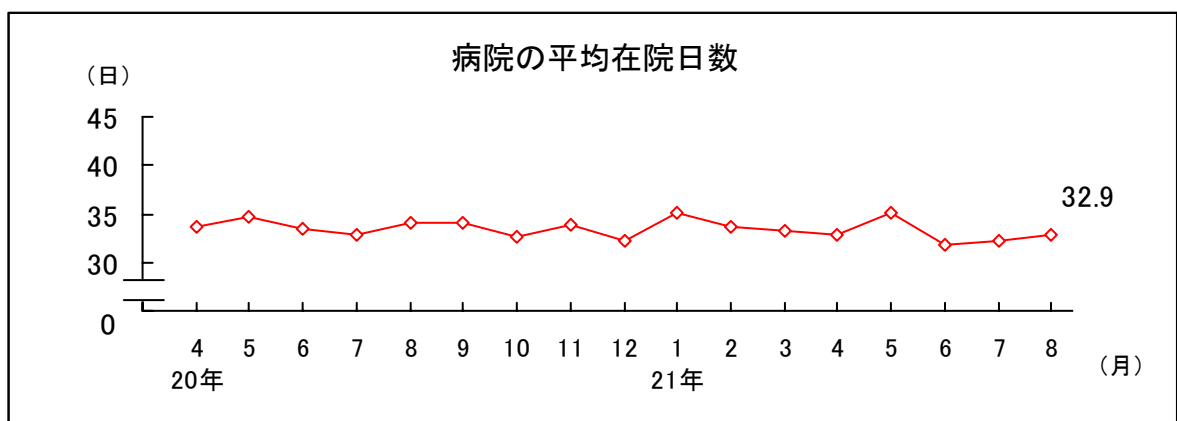
◆ 病院:1日の平均外来患者数の推移



◆ 病院:月末病床利用率の推移



◆ 病院:月末病床利用率の推移



「病院報告(平成21年8月分概数)」の全文は、当事務所のホームページの「医業経営 TOPICS」よりご確認ください。

病院経営のポイント総点検 変革迎える 2010 年医療界の動向

ポイント

1 医療政策に影響を及ぼす環境変化

.....

2 2010 年 診療報酬改定の方向性

.....

3 医師臨床研修制度の見直し

.....

4 DPC新機能評価係数導入

.....

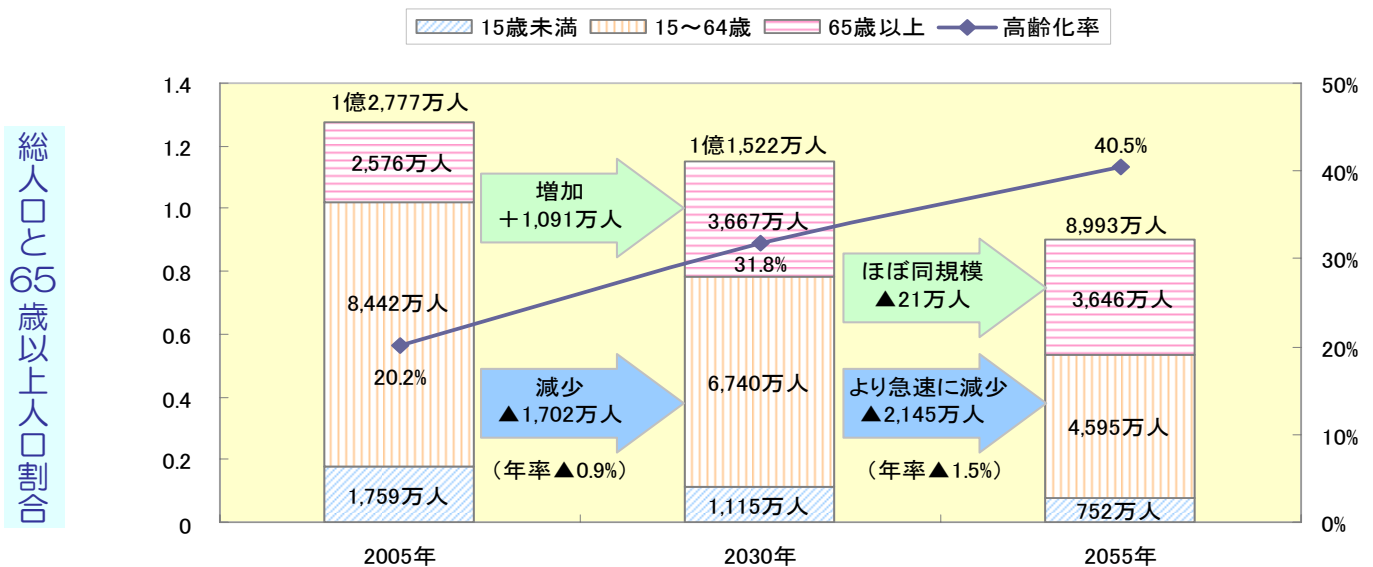
1 医療政策に影響を及ぼす環境変化

■ 少子高齢化の進行に伴う人口構造等の変化

(1)人口構造等の変化

わが国は 2005 年から人口減少局面に入りました。国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口（平成 18 年 12 月推計）」（以下、「新人口推計」という）によれば、今後も一層少子高齢化が進行し、本格的な人口減少社会になる見通しとなっています（図表 1）。

■ 図表 1 今後の人口及び年齢構成の変化の見通し



■ 変革を迎える 2010 年 医療界の動向

少子高齢化と厳しい経済情勢は、一般企業ばかりではなく、医療機関においても大きな影響を与える要素となっています。新政権の医療政策に対するスタンスが明確化していないこともあって、2010年度の医療界は引き続き混迷が続くことが予想されます。

次章以降では、「2010年診療報酬改定」「新医師臨床研修制度の見直し」「DPC新機能評価係数の導入」という3つのキーワードから、様々な変革を迎える2010年医療界の動向を予測します。

2 2010年 診療報酬改定の方向性

■ 診療報酬改定率が決定

(1) 10年ぶりのプラス改定で決着

厚生労働省は、2010年度診療報酬改定において報酬全体の改定率を0.19%引き上げることで合意したのを受け、昨年12月23日に改定率の内訳を発表しました。

2010年度の改定は、医師の技術料に相当する「本体部分」では、医科1.74%、歯科2.09%、調剤0.52%といずれも引き上げ、平均で1.55%引き上げられます。一方で、薬価は1.23%、材料価格を0.13%共に引き下げ、薬価・材料価格全体では1.36%の引き下げとなります。全体では0.19%のプラス改定で決着しました。診療報酬本体のプラス改定は、実に10年ぶりとなります。

◆ 2000年以降の診療報酬改定率の推移

改定年月	診療報酬(本体)				薬価・材料	全体
	医科	歯科	調剤	平均		
2000年4月	2.0%	2.5%	0.8%	1.9%	-1.7%	0.2%
2002年4月	-1.3%	-1.3%	-1.3%	-1.3%	-1.4%	-2.7%
2004年4月	0%	0%	0%	0%	-1.0%	-1.0%
2006年4月	-1.5%	-1.5%	-0.6%	-1.36%	-1.8%	-3.16%
2008年4月	0.42%	0.42%	0.17%	0.38%	-1.2%	-0.82%
2010年4月	1.74%	2.09%	0.52%	1.55%	-1.36%	0.19%

医科の部分では、外来と入院の改定率の内訳を今回初めて示しました。それによると、医科では「外来」の0.31%に対し、「入院」は3.03%引き上げて手厚い評価とします。さらに、診療所や中小病院が算定する再診料、診療科間の配分の大幅見直しや後発医薬品の使用促進で財源を捻出し、救急、産科、小児科、外科などに振り分けられます。

民主党は、先の衆院選で地域医療などに貢献する医療機関の入院による診療報酬を来年度に10%増やす方針を掲げていましたが、悪化する経済情勢に伴う財源の問題もあり、期待されていたほどの大幅なプラス改定には至りませんでした。

3 医師臨床研修制度の見直し

■ 2010年4月 医師臨床研修制度見直し

(1) 臨床研修制度見直しの背景

医師免許を取得した新人医師の研修を義務化するものとして2004年度からスタートした新たな医師臨床研修制度の見直しが行われ、本年4月から開始されます。

見直しの背景のひとつには、研修医が自由に研修先を選べることから、都市部の病院に学生が集中したため、研修医不足に陥った大学病院側が、関連病院に派遣していた医師を呼び戻さざるを得ない事態となり、地方の医師不足に拍車をかけたといわれたことが挙げられます。こうした状況を打開しようと、厚生労働省と文部科学省は、昨年9月に合同の有識者検討会を立ち上げ、制度見直しの議論をスタートさせました。2009年2月にまとめた最終報告では、都道府県別に定員数の上限を設定することが盛り込まれたため、医学生からは「計画配置だ」との批判も出ています。制度の見直しが、医師不足解消につながるかどうかは不透明な状況といえます。

(2) 産婦人科・精神科などが選択必修に

見直しの結果、弾力化された研修プログラムでは、内科、救急、地域医療研修の3科目のみを必修とし、これまで必修科目だった外科、小児科、産婦人科、精神科の各診療科については、これらのうち2科目を「選択必修」と位置付けるとして改められました。

各都道府県の定員数については「人口分布」「医師養成状況」「100平方キロメートル当たりの医師数など地域の特性」の3点を考慮した上限を設定します。研修病院に関しても、過去の受け入れ実績や大学病院の医師派遣機能を勘案した上で、募集定員を設けます。

ただ、今年度に関しては、募集定員が著しく減少する病院に限り、一昨年度の研修医マッチング者数（研修医と病院の希望をコンピュータで組み合わせる）を上限とする緩和措置が取られるため、大幅な減少が予想されていた東京、神奈川、京都、大阪、福岡の5都府県も、昨年度並みの採用数の確保が可能となりました。

◆ 研修プログラム選択科目の見直し

① 必修科目	内科・救急・地域医療研修
② 選択必修	外科・小児科・産婦人科・精神科のうち2科目

4 DPC新機能評価係数導入

■ 2010年4月 DPC新機能評価係数が導入

(1)4項目の導入を正式決定

現在、病院関係者の注目を特に集めているのがDPCの取り扱いです。2010年度診療報酬改定では、DPC対象病院に適用されている現在の調整係数が一部廃止されます。

現在のDPC対象病院の調整係数は、前年度の収入実績を担保する仕組みとなっており、厚労省は、2010年度以降最低3回の報酬改定で調整係数を段階的に廃止する一方、これに代わる「新機能評価係数」を導入するとしています。

これまでに導入が決定している新係数は、下記の4項目です。このうち救急医療の入院初期診療に関しては、「救急医療指数＝救急車あり、または入院初日の初診料において時間外・休日・深夜加算ありのDPC対象患者数／DPC対象患者数」を評価の根拠にします。つまり、DPC対象患者の中に、「救急車あり」か「入院初日の初診料で時間外・休日・深夜加算あり」の患者がどれだけ割合を占めるかが評価を左右することになります。

現在の調整係数から新係数への切り替えは、DPC対象病院を一律に評価してきたこれまでの扱いから、DPC対象病院の機能に応じて評価する形への転換を意味しています。

◆新機能評価係数の4項目

項目	名称(案)	考え方	設定方法
1 正確なデータ提出に係る評価	<ul style="list-style-type: none"> ●データ提出・公開指数 ●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察データの作成・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貢献することを評価	[指数] = ①データ提出の遅滞 ②部位不明、詳細不明のICD10コード使用割合が40%以上の場合に応じた定数で評価 ※非必須項目の入力状況による評価は行わない
2 効率化に対する評価	<ul style="list-style-type: none"> ●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	[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 ※当該医療機関において、10症例(10か月)以上ある診断群分類のみを計算対象とする。 ※包括評価の対象となっている診断群分類のみを計算対象とする。
3 複雑性指数による評価	<ul style="list-style-type: none"> ●患者構成指数 ●複雑性指数 	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	[指数] = 当該医療機関の包括点数(一入院当たり)を、診断群分類ごとに全病院の平均包括点数に置き換えたもの / 全病院の平均一入院当たり包括点数 ※当該医療機関において、10症例(10か月)以上ある診断群分類のみを計算対象とする。 ※包括評価の対象となっている診断群分類のみを計算対象とする。
4 診断群分類のカバー率による評価	<ul style="list-style-type: none"> ●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	[指数] = 当該医療機関で一定症例数以上算定している診断群分類数 / 全診断群分類数 ※当該医療機関において、10症例(10か月)以上ある診断群分類のみを計算対象とする。 ※すべて(包括評価の対象・対象外の両方を含む)の診断群分類のみを計算対象とする。

レポート全文は、当事務所のホームページの「[医療経営情報レポート](#)」よりご覧ください。



後期高齢者医療制度をめぐる施策動向



1 後期高齢者医療制度「廃止」への流れ

平成 20 年 4 月から、広域連合や市町村等による運営が開始された後期高齢者医療制度は、世論の大きな反発を受けました。

年齢による対象区分や保険料負担の増大など、課題として指摘された点多かったため、民主党は「政策集 I N D E X 2009」に本制度の廃止を明記したうえ、重要政策の一つとして位置付け、早期の実施に踏み切りました。

今後は、現政権 1 期 4 年のうちに、新たな制度に移行することとされています。

2 新たな制度のあり方の検討

後期高齢者医療制度廃止に向けたに代わる新たな制度の具体的なあり方の検討については、厚生労働大臣が主宰し、高齢者・関係団体の各代表、有識者の計 19 名からなる「高齢者医療制度改革会議」が設置され、議論が続けられています。

■後期高齢者医療制度に代わる新制度の 6 原則

- ①後期高齢者医療制度は廃止
- ②民主党マニフェストで掲げた「地域保険としての一元的運用」の第一段階として、高齢者のための新たな制度を構築
- ③後期高齢者医療制度の年齢で区分するという問題を解消する制度とする
- ④市町村国保などの負担増に十分配慮する
- ⑤高齢者保険料の急な増加や、不公平感がないように留意する
- ⑥市町村国保の広域化につながる見直しを行う

■新たな制度移行のためのスケジュールの見通し

- ①本年夏を目途に、新たな制度の基本的な方向について中間的なとりまとめ
- ②高齢者をはじめとする国民の意識調査や地方公聴会を実施し、さらに具体的な検討を行い、平成 22 年度末を目途に最終的なとりまとめ
- ③平成 23 年の通常国会を目途に法案提出
- ④平成 25 年 4 月を目途に新たな制度の施行



療養病床再編計画凍結のゆくえ

1 医療費適正化計画と療養病床再編



療養病床の再編は、小泉内閣の医療制度改革の一環として打ち出され、平成 17 年 12 月に当時の政府・与党医療改革協議会で合意された「医療制度改革大綱」において、「慢性期入院医療の効率化・適正化」がその端緒となっています。

小泉内閣当時の経済財政諮問会議が提案した増大する医療費の抑制を図るための新たな概念の導入に対し、厚生労働省は現行の施策の積み上げで可能であると主張しました。

この結果、医療区分概念の導入や介護老人保健施設などへの転換推進などを具体的内容とする療養病床再編計画が策定され、同時に、介護療養型医療施設（介護療養型病床）を平成 24 年 3 月末までに廃止することが盛り込まれたものです。

2 療養病床再編動向の現状と課題

療養病床再編計画は、リハビリ難民や介護難民を生むとして批判が相次ぎました。そして、推進されてきた療養病床の再編は、医療費適正化計画のなかに位置づけられてきたため、今回の医療費抑制策の転換によって、社会の要請に従い削減の方向性を見直し、現在の療養病床の総数（38 万床）を枠として維持する方針を明示したものです。

● 民主党による推計

2025 年度入院患者数：54 万人



● 必要病床数

推計入院患者の 7 割：38 万床

■療養病床再編の今後の方向性 ～予想される施策

- 平成 23 年度末「介護療養医療施設(介護療養病床)廃止」の凍結
(⇒ ただし、制度廃止方針そのものは否定していない)
- 38 万床を総枠とした療養病床数の維持と機能転換
- 施設入所待機者の解消を目指した居住系施設・施設サービスの確保

現在、かつて転換対象とされた 38 万床のうち、いまだ 33 万床が療養病床にとどまり、削減目標として新たに掲げた 22 万床には届かないまま、医療・介護療養病床を抱える医療機関の様子見が続いています。

現段階では、実施済みの計画部分については、遡って凍結されることはない見込みですが、病床数削減の推進策も凍結されると予測されます。したがって、医療機関としては、機能転換の観点から今後の方針を策定していくことが必要です。