

平成22年度の診療報酬改定と技術 —看護技術を中心に—

習田由美子*

Outline of FY 2010 Revision of Medical Fee and Nursing

*Yumiko Shuda

*Medical economics division, Health Insurance Bureau,
Ministry of Health, Labour and Welfare

キーワード：

看護技術の診療報酬 Medical Fee, Nursing

平成22年度診療報酬改定は、平成22年2月12日に出された中央社会保険医療協議会（以下、中医協という）の答申をベースに告示・通知等の改正が行われ、平成22年4月1日から施行された。

診療報酬改定の議論は、厳しい経済・社会情勢、一昨年秋の政権交代など、我が国の政治・経済が大きく揺れ動いた中で行われたが、診療報酬本体の改定率は前回改定を大幅に上回る1.55%（医療費ベースで約5,700億円）のプラス改定、ネットでも10年ぶりのプラス改定となった。改定率は平成21年の年末の予算編成時に決定されたが、特徴としては、予算編成段階で医科について入院・外来別の改定率〔入院：3.03%（約4,400億円）、外来：0.31%（約400億円）〕が定められるとともに、急性期入院医療に約4,000億円を配分するという重点化の方針が打ち出されたことが挙げられる。

この急性期入院医療に配分された約4,000億円の中には、看護技術の評価も含んでおり、外来の約400億円の中には、訪問看護に関する評価が含まれている。このような具体的な内容については、社会保障審議会医療部会・医療保険部会から出された基本方針に基づき、中医協の基本問題小委員会で精力的な議論の結果が答申として取りまとめられたものである。

今回の講演では、診療報酬改定の看護担当者として、診療報酬の基礎的な知識、診療報酬改定を議論する組織である中医協の構成や改定のプロセス、特に、看護技術の

*厚生労働省保険局医療課

評価について平成22年度診療報酬改定で評価された看護関連項目および診療報酬改定のプロセスについて概説する。

診療報酬とは、健康保険法や高齢者の医療の確保に関する法律等の規定に基づき、診療報酬の算定方法として告示しているものである。診療報酬点数表は、主に15部から構成されており、大きくは外来を受診したときの初診料や再診料、入院時に算定される入院基本料等の基本診療料と、処置、検査、手術等の特掲診療料で構成されている。看護技術は、基本診療料の入院基本料の中に看護職員の配置として包括されているものや褥瘡ハイリスク患者ケア加算のような入院基本料等加算と特掲診療料として糖尿病合併症管理料やリンパ浮腫指導管理料等の医学管理料、在宅患者訪問看護、指導料、また、診療報酬とは異なる仕組みとして訪問看護に関する訪問看護療養費等が評価されている。

診療報酬は、健康保険法、医師法、医療法、保健師助産師看護師法等や保険医療機関及び保険医療養担当規則の規定を遵守し、保険診療上のルールに則って医療が提供され、医学的に妥当適切な診療を行い、診療報酬点数表に定められたとおりに請求した場合に支払われることになっている。したがって、一医療職として、保険診療のルールを熟知しておくことは、必要不可欠である。

診療報酬改定のスキームは、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、議論して作成された「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ものである。平成22年度改定においては、政権交代があり、前述したとおり、改定率だけではなく、入院、外来等その配分についても決められたことは、従来とは大きく異なる点であった。

改定率は、その年の物価、賃金動向等踏まえ設定され、内閣で決まることになっている。これは、医療費の約1/3が税金等公費で賄われているためである。人事院勧告を基にした賃金動向は08年度、09年度の2年間でマイナス2.4%、消費者物価を基にした物価動向は同マイナス0.5%で、賃金・物価ともマイナス基調であった。前回08年度改定（全体マイナス0.82%、診療報酬本体プラス0.38%、薬価等マイナス1.2%）では賃金がプラス0.7%、物価がプラス0.6%だった。平成22年度改定は、賃金・物価動向がともにマイナスであったにも関わらず、厳しい経済環境や保険財政のもとであっても、プラス改定になったのは、日本の医療の危機的な状況を解消し、国民に安心感を与える医療を実現していくといった期待が込められている。その点については、医療職と

して安全で効率的で質の高い医療の提供をしていく励みになるのではないかと。

さて、診療報酬改定の議論を行う中医協の構成は、厚生労働大臣の諮問に応じ、審議、答申する他自ら建議を行える総会とその他保険医療材料や薬価等を専門に審議する専門部会、基本的な問題について意見調整をする診療報酬基本問題小委員会、医療経済実態調査を行う調査実施小委員会、前年の診療報酬改定の検証を行う診療報酬改定結果検証部会、医療技術、DPC、慢性期入院医療等について調査を行う診療報酬調査専門組織等多重構造的に組織されている。これらの部会や分科会等が審議した結果を総会に報告し、総会において改定の議論が行われている。設置規定は、社会保険医療協議会法に基づいており、構成委員についても、診療報酬を支払う保険者7名、診療を行う医師等7名、公益を代表する社会保障、医療経済等の学識経験者6名の20名と専門委員10名から構成されている。公益委員の任命については、国会（両院）の同意が必要である。専門委員10名の中には平成15年より看護職の代表が入り、平成22年からは、医師、薬剤師、看護師以外の医療従事者の代表として日本放射線技師会の理事が加わった。

平成22年度改定では、関係する多職種が協働して質の高いケアを行うチーム医療に関する技術が評価されたことが特徴として上げられる。例えば、一般病棟での人工呼吸器を装着した患者に対する呼吸ケアをチーム医療で提供した場合の呼吸ケアチーム加算である。人工呼吸器を装着した患者の多くは、ICUなど超急性期病床で管理されていることが多いが、一般病棟でも管理されている事例も多い。その場合、3対1の看護配置である超急性期病床より一般病棟は患者のモニタリングが十分でないことや病棟の主治医も必ずしも人工呼吸器管理を専門としている医師ばかりではないことから、抜管のタイミングがつかめず、挿管期間が伸びることが指摘されていた。そこで人工呼吸器管理について十分な経験のある専任の医師を中心とした多職種による呼吸ケアを行うことにより、治療効果が上がるということの評価したものである。中医協の議論の中でも、多職種の役割分担、評価対象となる技術、効果についての議論がなされた。患者負担、税金、保険料で医療費が賄われているので、この技術を診療報酬点数表に収載していいのかどうかを支払い側と診療側が熱心に議論する。その際、エビデンスとして再挿管率が減少、合併症が減少、死亡率の減少、ICUの入室期間が短縮し、医療費削減効果もある等の様々なデータが挙げられ、最終的に、この技術は試験的に診療報酬として評価することになり、検証部会において、チーム医療に関連した加算等については、検証するという事になった。呼吸ケアに関する技術は、チーム

医療という観点から、基本問題小委で議論されたが、通常医療技術については、医療技術評価分科会で議論することになっている。

医療技術評価分科会は、関係学会から医療技術提案書が提出され、その技術内容について、ワーキンググループによる一次評価、分科会による二次評価が行われ、最終的に中医協において、保険取載が決定する。有効性は重要であるが、日本全国で同じ点数となるので技術が地域偏在しないよう普及性やガイドライン等の有無についても重要な視点である。平成22年度改定では、726件の学会提案のうち最終的に保険取載された技術は、約200である。この中で、看護技術については21件の提案があり、保険取載された技術は1件であった。この技術は、在宅における褥瘡の管理に関するものであった。褥瘡ケアは、在宅で提供される看護技術のうち時間が係るものとしてすでに評価されている重症管理加算の対象（となっている）ケアより、さらにケア時間が長いというエビデンスがあったことが評価の一助となった。

日本保健医療行動科学会は、健康教育等行動変容するための技術等について研究されている学会であるので、関連する技術について触れたい。例えば、生活習慣病指導管理料などが代表的なものであるが、この技術が評価されたのは、平成18年改定の前に生活習慣病対策の大きな2つの波が押し寄せてきたことに起因する。

1つ目は、平成15年3月31日健康保険法等の一部を改正する法律附則第2条第2項の規定に基づく基本方針（医療保険制度体系及び診療報酬体系に関する基本方針について）の中に高脂血症、高血圧、糖尿病等の生活習慣病等の重症化予防を重視する観点から、栄養・生活指導、重症化予防等の評価を進めるとされた。

2つ目は、平成17年9月今後の生活習慣病対策の推進について（中間取りまとめ）（厚生科学審議会地域保健健康増進栄養部会）では、科学的根拠の集積、効果的なプログラムの開発と普及等が基本的な方向性とされ、服薬よりもむしろ運動習慣の徹底と食生活の改善を基本とするという考え方が、診療報酬改定の論点となり、時代の潮流の中で評価されてきた。禁煙指導についても同様である。これは、指導を行えば、一定程度の割合で禁煙が成功するというエビデンスに基づき評価された点数であり、行動変容を引き起こす指導技術に対する評価である。しかしながら、ニコチン依存症管理料は、導入当初から意見が分かれ、毎年その効果について検証が行われている。行動変容の効果の測定や評価方法は難しい。通常の診療や看護の中で既に包括して評価されているものもあれば、専門医や研修をうけた特別な人が行うことで効果が期待される技術もあり、後者であれば、明らかに効果があるというデータが必要になってくる。

一方で、専門医や研修を受けた特別な者を評価することによって、一般の医師、看護師がその技術を行えなくなる可能性もあり、更に言えば、通常の診療や看護の評価が下がる可能性についても考えなければならない。技術の効果をエビデンスとして蓄積するだけでなく、評価方法についても検討が必要である

次回の改定に向け、医療の質の向上に資する技術について、データを蓄積することや、既掲載の技術についても再検証する等を丁寧に行うことが今後の医療の質の向上のために重要になってくると考えている。また、平成24年度改定は、介護報酬と診療報酬の同時改定でもあるため、医療と介護の現場で医療の質が上がるような技術についてもご検討頂きたいと思っている。