

# MMPG 診療報酬改定レポート

発行：MMPG（医療・福祉・介護・経営・グループ） 作成：MMPG医療・福祉・介護経営研究所

発信者：(株)ユアーズブレイン 広島市中区国泰寺町1-3-29MR Rデルタビル3F TEL:082-243-7331

## 平成29年11月24日 中医協 総会（第373回）

1. ロボット手術の評価、「他国の医療との競争力という視点」も
2. 実調の結果に意見、支払側は「黒字」、診療側は「赤字」
3. 看護必要度、平成28年度改定で導入された項目を見直し
4. 看護必要度の判定、「希望する場合」にはDPCデータを活用
5. 入院基本料の評価手法の見直し、「全く議論されていない」
6. 特定集中治療室の評価に「重症度スコア」を導入
7. 地域包括ケア病棟の「在宅療養支援機能」を手厚く評価へ
8. 在宅復帰率を見直し、転院の場合は「地域医療連携率」

### 【概要】

前回（11月22日）は、総会下部の「薬価専門部会」での審議（薬価制度の抜本改革案）に約2時間を費やし、総会での議論は一休みとなった。

今回は、入院基本料の体系を抜本的に見直す改革案が議論の中心。前触れもなく突如として示された提案に対し、診療側委員は一様に「これは大胆なご提案」と漏らし、衝撃と戸惑いを隠せなかった。厚労省の多岐にわたる提案に対して幅広く議論することは少なく、重症度、医療・看護必要度の「25%」「30%」の議論に各委員の意見が集中した。

この日の議題は、①診療報酬基本問題小委員会からの報告、②医療経済実態調査の結果に対する見解、③入院医療（その7）——の3項目。

このうち①は、医療技術評価分科会からの報告。総会に先立つ基本問題小委員会では、ロボット手術など科学的根拠が確立していない技術をどう評価するのかが議論になった。福井次矢分科会長（聖路加国際病院院長）は「将来のどれだけのベネフィットを考えるのかも含め、全部組み合わせて総体的な評価をすべき」と述べた。

②では、これまでの改定と同様、診療側と支払側の見解が真っ向から対立。診療側は「医療機関等は総じて経営悪化」などと訴えた。

③の議題では、病院経営に重大な影響を与えるとみられる提案に対し診療側は強硬に反対することはなく、「まずは現行基準を維持」という主張を支払側に向けた。

この日、厚労省から示された「入院医療（その7）」の資料は全128ページで、厚労省課長の資料説明は約1時間に及んだ。

**【詳細】****1. ロボット手術の評価、「他国の医療との競争力という視点」も**

中医協に先立つ基本問題小委員会では、医療技術評価分科会の福井分科会長から次期改定に向けた医療技術の評価に関する対応などについて報告を受けた。

その中で、福井分科会長は内視鏡手術用支援機器を用いた内視鏡手術（ロボット支援下内視鏡手術）について現在2つの手術が保険適用されていることを伝えた上で、今後の保険適用に向けた検討を同分科会で進めていく考えを示した。

「ロボット支援下内視鏡手術」の評価について福井分科会長は「患者さんのアウトカムだけではなく、例えば、他国の医療との競争力を今後どうするかということも視点として必要になる」との考え方を示した。

**■「科学的根拠が確立していないものをどう評価するのか」—— 支払側委員**

質疑で、支払側の平川則男委員（日本労働組合総連合会総合政策局長）は「ダ・ヴィンチの手術について症例数が増えず、その優越性についての科学的根拠の確立が困難であるということだが、優越性を示す科学的根拠が確立していないものについて具体的にどのように評価を行うのか。方向性がよく分からないので教えていただきたい」と質問した。

厚労省保険局医療課の迫井正深課長は、「ダ・ヴィンチはすでに薬機法の承認を受けているので、一定の安全性・有効性は示されており、一定のエビデンスが示されているが、有意性が示されていないものもあるので分科会でご審議いただく」と答えた。

**■「科学的根拠をどういう指標で評価するかが第一段階」—— 福井分科会長**

福井分科会長は、「科学的根拠をどういう指標で評価するかが第一段階」との方針を示し、「患者さんの健康面のアウトカムだけを指標として評価する場合には、従来の手術法との差が比較的小さい場合には、かなり症例数を増やさないと統計学的な有意差は出ない」との課題を挙げた。

福井分科会長は「個人的な意見」と前置きし、「患者さんのアウトカムだけではなくて、例えば、他国の医療との競争力を今後どうするかということも視点として必要になるかもしれないし、術者の手技の習得の早さが従来の内視鏡手術に比べてずいぶん違うということも指摘されているので、そのことが時間とともに患者さんのアウトカムにどういう影響を与えるかということも評価できれば評価すべきだと思っている」との考え方を示した。

その上で、福井分科会長は「すぐ目の前だけの結果だけではなく、将来のどれだけのベネフィットを考えるのかも全部組み合わせて総合的な評価を私はずすべきだと思っている」と述べた。

続く総会では、こうした意見があったことを厚労省の担当者が報告。これに対する委員の発言はなかった。

## 2. 実調の結果に意見、支払側は「黒字」、診療側は「赤字」

「第21回医療経済実態調査」（実調）の結果について、支払側を代表して幸野庄司委員（健康保険組合連合会理事）、診療側を代表して松本純一委員（日本医師会常任理事）がそれぞれ意見を述べた。

幸野委員は黒字を示すデータを列挙。「公立病院を除く一般病院の損益差額率は50床～199床の中規模病院では黒字を維持」、「療養病床60%以上の一般病院は黒字を維持し続けている」などの認識を示した。

一方、松本委員は「一般病院で平成27年度のマイナス3.7%から平成28年度はマイナス4.2%と赤字がさらに拡大」などと赤字を示す部分のデータを強調。「設備投資が抑制されている。地域医療を守るための再生産が行えない状況にある」と窮状を訴えた。

## 3. 看護必要度、平成28年度改定で導入された項目を見直し

「入院医療（その7）」は、①一般病棟入院基本料、②特定集中治療室管理料等、③地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料、④医療機関間の連携に関する評価——の4項目で構成。このうち①が資料全体の半分以上を占めている。

各項目の最終ページ（①はP76～77、②はP104、③はP119、④はP128）に、厚労省の提案である「論点」が示されており、これに対して各委員が意見を述べる形で審議が進められた。①の構成は下表のとおり。

### 「一般病棟入院基本料」の構成

(1) 重症度、医療・看護必要度の項目の見直し	ア) 認知症及びせん妄の患者	P 6
	イ) 救急搬送後の入院	P 10
	ウ) 手術後の患者	P 15
(2) DPCデータの活用		P 27
(3) 一般病棟入院基本料 (7対1、10対1)の評価手法の見直し	ア) 入院医療ニーズの将来予測	P 47
	イ) 入院医療の提供単位と 管理単位の考え方	P 51
	ウ) 一般病棟入院基本料 (7対1、10対1)における 入院医療の提供と将来予測	P 55
	エ) 診療報酬上の評価	P 61
論点 (案)		P 76、77

(同日の総会資料「総-3」を基に作成)

### ■ 看護必要度、「より適切な評価となるよう見直しを検討してはどうか」—— 厚労省

7対1病床を削減するためには、7対1入院基本料の要件である「平均在院日数」「在宅復帰率」「重症度、医療・看護必要度」（看護必要度）を厳格化することが考えられる。次期改定に向けた入院分科会の議論では、多くの時間が「看護必要度」に費やされた。

厚労省が今回示した「一般病棟入院基本料」の項目には、最初のテーマに「看護必要度の見直し」が挙げられた。看護必要度の基準は、前回の平成 28 年度改定で追加・削除などの見直しが行われたが、この見直しに対して早くも再検討を促す提案になっている。

「看護必要度の項目の見直し」に関する論点（抜粋）

- 平成 28 年度改定で導入された項目について、以下の 3 点について、**より適切な評価となるよう見直しを検討**してはどうか。
  - 1) B 項目の認知症及びせん妄に関する項目について、A 項目 1 点以上を併存する場合は該当患者に追加する
  - 2) A 項目の救急搬送後入院（2 日間）について、救急医療管理加算の算定患者（2 日間）へ見直す
  - 3) C 項目の開腹手術について、所定日数を短縮する

（同日の総会資料「総—3」P76 を基に作成、太字は編集部、以下同じ）

■ 「該当患者割合の基準値について、どのように考えるか」—— 厚労省

厚労省は前回改定で導入された項目のうち 3 項目について「より適切な評価となるよう見直しを検討してはどうか」と提案した上で、同基準に該当する患者（いわゆる重症患者）の割合を現行の 25% からさらに引き上げた区分を設定する構えを見せている。

「看護必要度の項目の見直し」に関する論点（抜粋）

- また、評価項目の定義の見直しに伴い、該当患者の判定基準及び**該当患者割合の基準値**について、どのように考えるか。

■ 「看護必要度の見直しには反対」と診療側、「どのように数値が変動するか」と支払側

看護必要度の項目の見直しについて診療側は慎重論、支払側はコメントを避けた。質疑の冒頭で、松本純一委員（日医）は「看護必要度の見直しには反対。平成 28 年度改定で変更したばかりであるし、C 項目に至ってはデータから算出して作ったばかりである」と述べ、現行の基準値を維持すべきと主張した。このほかの診療側委員も同様に「基準値がこれ以上厳しくならないように」と要望した。

支払側委員は 30% への引き上げを求めたが、論点前段の「評価項目の見直し」についてはコメントを避けた。幸野委員（健保連）は「この見直しによってどのように数値が変動するかを知りたいので、次回の議論でシミュレーションを提出していただけないか」と求め、「それを見てまた判断したい」と述べた。

4. 看護必要度の判定、「希望する場合」には DPC データを活用

厚労省は、急性期医療を担うべき 7 対 1 病院の患者像をより明らかにするため、DPC データを用いて判定する意向を改めて示した。

現在、重症患者の割合を示す看護必要度は、看護職員らが患者の状態に応じて入力しているが、これを DPC データに切り替えれば、院内の請求システムなどに基づいて電子的に出力・作成することが可能になる。しかし、現行の「看護必要度による判定」と、「D

PCデータによる判定」との間には一定程度のズレがあるため、入院分科会では診療側も支払側も次期改定での実用化に「時期尚早」と反対していた。

厚労省は今回、「一定の基準を満たす医療機関が希望する場合」については、DPCデータによる判定を用いてもよいと提案し、義務的ではない運用でスタートする意向を示した。しかし、次々回の平成32年度改定では義務化されることも予想される。

#### 「DPCデータの活用」に関する論点（抜粋）

- 重症度、医療・看護必要度の該当患者割合のDPCデータ（EF統合ファイル）を活用した判定について、追加分析の結果を踏まえ、これまでの実績から**一定の基準を満たす医療機関が希望する場合**については、**EF統合ファイルによる判定を用いてもよい**こととしてはどうか。また、DPCデータを活用する場合、定義の違い等に考慮した基準値を設定してはどうか。

#### ■「DPCデータを活用した場合は、ある程度の補正を入れる必要がある」

診療側も支払側も、現行基準との乖離を問題にした。質疑で、支払側の幸野委員は「（現行基準と）一定の乖離があるため、十分な検証を重ねていく必要がある」と慎重な姿勢を示した。次期改定での導入については、「選択制として、DPCを活用したい病院があればやっていいと思うが、やはり一定の乖離があるので、DPCデータを活用した場合は、ある程度の補正を入れる必要がある」と述べた。

診療側の今村聡委員（日本医師会副会長）も「いまの看護必要度とは当然数字がずれるので、それをどう修正するかという話は当然出てくる」と指摘。その上で基準値の引き上げに言及し、「大本になる数字をいじれば、いろんなことを検討しなければいけない。このような方向性で議論を進めるのであれば、現行のものをいじらないことがまずは大事なことだろう」と述べた。

### 5. 入院基本料の評価手法の見直し、「全く議論されていない」

同日の総会で、診療側委員が「大胆なご提案」と口を揃えて困惑したのは、「一般病棟入院基本料（7対1、10対1）の評価手法の見直し」の論点。厚労省は「基本部分と実績に応じた段階的な評価部分との組み合わせによる評価体系を導入してはどうか」、「7対1一般病棟と10対1一般病棟との間に中間的な水準の評価を設けてはどうか」と提案したが、「これまで全く議論されていない」との声もあった。

#### 「一般病棟入院基本料（7対1、10対1）の評価手法の見直し」に関する論点

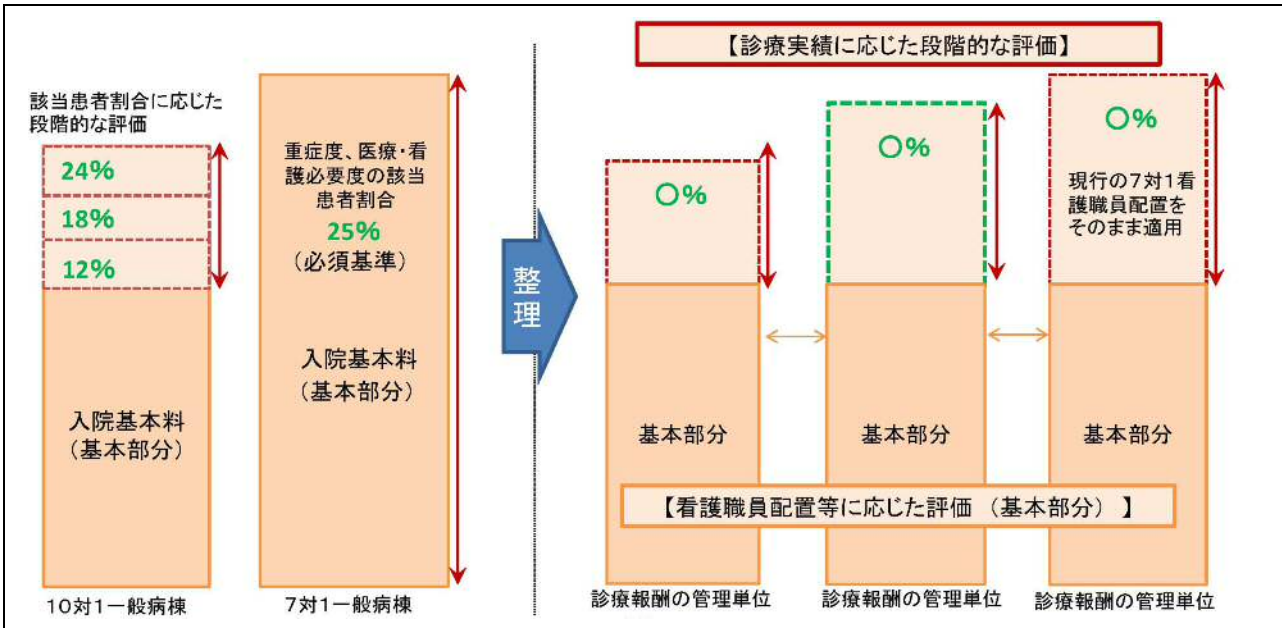
- 将来の入院医療ニーズの変化に対応する病棟への弾力的で円滑な選択・変更を推進するため、7対1一般病棟と10対1一般病棟の現行の評価を参考にしつつ、急性期の入院医療の評価体系について、**基本部分と実績に応じた段階的な評価部分との組み合わせによる評価体系を導入**してはどうか。  
 なお、実績に応じた評価の最も高い部分には、現行の7対1一般病棟との整合性に配慮し、7対1看護職員の配置基準をそのまま適用してはどうか。
- また、現行の**7対1一般病棟と10対1一般病棟との間に中間的な水準の評価**を設けてはどうか。

（同日の総会資料「総—3」P77を基に作成、太字は編集部）

■「影響が非常に大きいため、今回の改定に導入することは難しい」と日看協

この提案に対し、診療側は病院経営に与える影響を懸念。支払側は「メリハリのある評価になる」「こういう方向性は大賛成」と賞賛した。明確に反対したのは日本看護協会（日看協）のみで、菊池令子専門委員（日看協副会長）は「急性期の入院医療の評価体系の変更は現場に与える影響が非常に大きいことから、さまざまな観点からの慎重な検討が必要であり、今回の改定に導入することは難しい」と述べた。

「一般病棟入院基本料（7対1、10対1）の評価体系（案）」



（同日の総会資料「総一3」P65の一部を引用して作成）

6. 特定集中治療室の評価に「重症度スコア」を導入

「一般病棟入院基本料」の2つめのテーマに挙げられた「特定集中治療室管理料等」は、「高度急性期」を担う病院の指標としてカギを握る。

病床機能報告制度では、「高度急性期」「急性期」「回復期」「慢性期」の4区分となっているが、「高度急性期」と「急性期」の境界線が不明確であることが指摘されている。今後、地域医療構想に基づく機能分化を進めていくためにも、診療報酬上で「高度急性期」と「急性期」を切り分けるような対応が求められている。

「特定集中治療室管理料等」に関する論点（抜粋）

- 救命救急入院料1及び3、脳卒中ハイケアユニット管理料については、重症度、医療・看護必要度の測定対象及び要件となっていないが、実態等を踏まえ、測定を要件としてはどうか。
- 特定集中治療室管理料については、**アウトカム評価に資する項目として、DPCデータの中に、入室時の患者の生理学的スコアの記載を求める**こととしてはどうか。
- 特定集中治療室において、手術直後等の重症患者に対する入室早期からの離床の取組について、安全性を確保しながら、取組が促進されるような評価についてどう考えるか。

（同日の総会資料「総一3」P104を基に作成、太字は編集部、以下同じ）

厚労省は今回、特定集中治療室の評価に「重症度スコア」を導入することを提案した。「APACHE II」（アパッチ）という重症度スコアでICUの患者の状態を測定すると、「個々の患者の重症度の数値化や予測死亡率が客観的に把握可能となる」と評価している。

この日の総会に先立つ11月2日の入院分科会では、診療側の委員から「測定は必要だが、このスコアは不安定」「医師は忙しくてできないので非常に時期尚早な提案」と反対意見が相次ぎ、看護必要度の導入に関わった教授も「現場の実態に合うのかよく検討すべき」と慎重論を唱えていた。ただ、2人の教授だけは「日本でも導入すべき」と賛成した。

こうした議論を踏まえ厚労省は、「アウトカム評価に資する項目として、DPCデータの中に、入室時の患者の生理学的スコアの記載を求めることとしてはどうか」と提案した。

### ■ 日医副会長、「まだ科学的に完全に決定したものではない」と慎重論

質疑で、診療側の今村委員は「アウトカム評価に資する項目として、入室時の生理学的スコアの記載を求めることはとても大事なことだ」と方向性には賛成しながらも、「（アパッチなどの重症度スコアは）まだ科学的に完全に決定したものではない」と指摘。「いきなりこれを全部要件にしないほうがいい。もう少し検証されたほうがいい」と述べた。

#### 「特定集中治療室管理料等」に関する論点（抜粋）

- 特定集中治療室における**重症患者に対するケアに関する研修を受けた看護師の配置**について、患者の状態改善に寄与すること、また特定集中治療室管理料1・2を有する医療機関の**9割以上に所属していることから配置を要件**としてはどうか。
- 特定集中治療室、ハイケアユニット等、治療室に備えるべき器具・装備について、救命装置等の室内に備えるべきもの以外は共用とするなど、医療機関の構造や管理体制にあわせて、柔軟に保有できるような要件を見直してはどうか。

（同日の総会資料「総一3」P104を基に作成、太字は編集部）

### ■ 「早急にやるのではなくて、十分に準備期間をかけてやるべき」と全日病副会長

看護師の配置については、診療側から反対意見、支払側からは地域偏在を懸念する声が上がった。猪口雄二委員（全日本病院協会会長）は「早急にやるのではなくて、十分に準備期間をかけてやるべきだろう」と述べた。平川委員（連合）は「集中ケア認定看護師が全国に1,169名いるが、やはり地域偏在がある」と指摘し、養成の充実を求めた。

## 7. 地域包括ケア病棟の「在宅療養支援機能」を手厚く評価へ

大病院が7対1病床の一部を地域包括ケア病床に転換し、自院の7対1病床と地域包括ケア病床との間で“院内連携”を図るような運用にメスを入れる提案となった。

厚労省は、急性期後の患者を受け入れる「ポストアキュート機能」よりも、在宅患者の急性増悪などに対応する「サブアキュート機能」を重視し、在宅療養を支援する役割を手厚く評価する方針とみられる。地域包括ケアシステムに貢献する有床診療所の評価も視野に入れながら、これまで不透明だった地域包括ケア病棟の機能を明確化していく。

「地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料」に関する論点（抜粋）

- 自宅等から受け入れた患者と、それ以外からの受け入れた患者とで、提供する医療内容等が異なっていることから、「救急・在宅等支援病床初期加算」について、急性期後の入院患者と、在宅からの入院患者とで、診療実績等を踏まえつつ、評価を区別してはどうか。

（同日の総会資料「総一3」P119を基に作成、太字は編集部、以下同じ）

■「他院からの場合は、少し評価が必要ではないか」—— 病院団体

質疑で、猪口委員（全日病）は「『急性期後の入院患者』ということ、（急性期が）ひとくくりになっている」と指摘。「自院の病棟から移る場合と、他院の急性期後を受ける場合とでは、かなり手間のかかり具合が違うので他院からの場合は少し評価が必要ではないか」と述べ、自院と他院を区別すべきと主張した。

■「ぜひ財政中立の範囲でやっていただきたい」—— 支払側

幸野委員（健保連）は「残念ながらいま、（急性期後を担う）ポストアキュート機能が主になっているところ、提供する医療の中身も違っているのでポストアキュートとサブアキュートの在り方を変えるという方向については賛成」とした上で、「この加算についてはぜひ財政中立の範囲でやっていただきたい」と注文を付けた。

ただ、同じ支払側から異論もあった。平川委員（連合）は「自宅等から受け入れた患者（サブアキュート）と、自院もしくは他院から受け入れた患者（ポストアキュート）では、提供する医療内容が異なっているという（厚労省の）説明だが、それほど決定的な差があるのか、資料を見ただけではよく分からない」とコメントした。

■ 地域包括ケアシステムへの貢献、「実績等も加味した評価を検討」—— 厚労省

厚労省はまた、「救急・在宅等支援病床初期加算」の算定状況に着目。「地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料の算定回数の中の36%程度であった」との課題を挙げた。

一方、自宅等からの入院患者については、医療的な状態が「安定している」という回答の割合が少なかったことを指摘。自宅等からの入院患者は「CT・MRIといった検査の実施割合が多かった」とのデータも示した。

その上で、「地域包括ケアシステムの構築により貢献できるよう、それらのサービスに係る実績等も加味した評価を検討してはどうか」と提案している。

「地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料」に関する論点（抜粋）

- 地域包括ケア病棟入院料・治療管理料の届出要件において、在宅医療や救急医療の提供等が求められているが、地域包括ケアシステムの構築を推進する観点から、訪問系サービスの提供についても、要件の選択肢の一つとすることを検討してはどうか。
- 在宅医療、介護サービス等の地域で求められる多様な役割・機能を有する地域包括ケア病棟を持つ医療機関については、地域包括ケアシステムの構築により貢献できるよう、それらのサービスに係る実績等も加味した評価を検討してはどうか。



## ■「病院だけで完結するような医療になってはいけない」—— 日医副会長

「訪問系サービスの提供についても、要件の選択肢の一つとする」との提案について、松本純一委員（日医）は「病院が訪問系サービスで退院後の経過を見ることは1つの流れだろう」と評価しながらも、「病院規模には言及すべきで、もし要件化するならば、例えば200床未満の病院に限るといったような配慮が必要」と求めた。今村委員（日医副会長）も、「大病院よりも診療所や中小病院のかかりつけ医が地域包括ケアの中心的な役割を担う」との認識を示し、「かかりつけ医とのしっかりとした連携を何らかの形で担保していただきたい。病院だけで完結するような医療になってはいけない」との考えを示した。

## ■「新たに評価するのは、ちょっと違うんじゃないか」—— 支払側

一方、幸野委員（健保連）は「（地域包括ケア病棟の）医療・介護サービスの新たな評価についてだが、まさにこういったことを行うのが本来の姿。それが行われていないのが残念なことであり、新たに評価するのは、ちょっと違うんじゃないか」と疑問視した。

## 8. 在宅復帰率を見直し、他院への退院は「地域医療連携率」

前回改定では、7対1入院基本料の在宅復帰率が大きな議論になった。病院団体の委員らは「7対1病床から直接自宅に帰れることはない。回復期病棟などを経由するケースが多い」と主張し、その根拠に「地域連携」というキーワードを用いた。「どの病棟から在宅復帰を目指す」という掛け声とともに、現在では「自宅」だけでなく「在宅復帰率等の基準が設定された病棟」への転院などもカウントできる仕組みになっている。

平成28年度改定後の影響を調査した結果によると、在宅復帰先にカウントできる退院先が多いこともあって、在宅復帰率の基準を簡単にクリアできる結果となっている。

厚労省は「必ずしも全員が自宅へ退院しているわけではないが、現行の定義では自宅への退院と同様の評価となっている」と苦言を呈し、在宅復帰率を見直す意向を示した。自院の他病棟への転棟患者を含まず、「自宅等への退院患者」と「他の医療機関への退院患者」も区別する。

こうした見直しに伴って在宅復帰率の名称も変更し、他の医療機関に転院する場合は「地域医療連携率」、自宅などに退院する場合は「自宅等退院率」とする。基準の引き上げも提案している。

## ■「現時点で区別されていないこと自体が問題ではないか」—— 厚労省の迫井課長

質疑で、猪口委員（全日病会長）は「自院の他病棟への転棟患者は評価対象に含まないと論点に書かれているが、実際はどれぐらいの量があるのか、正確なデータを出していただきたい」と要望したが、厚労省の迫井課長は「現時点で区別されていないこと自体が問題ではないかという問題意識を持っている」と応えた。「地域包括ケア病棟のもともとの趣旨、それから何を目指すべきかを考えて、こういう提案をした」と述べた。

**【今後の会議予定】**平成29年11月29日（水）