

MMPG 診療報酬改定レポート

発行：MMPG（医療・福祉・介護・コンサルティング・グループ） 作成：MMPG医療・福祉・介護経営研究所

発行者：(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12月6日 中医協 総会（第376回）

1. 平成30年度改定に向けた「DPC制度の対応案」がまとまる
2. 薬価の平均乖離率は約9.1%、後発品シェアは約65.8%
3. 地域包括ケアシステムの構築の推進へ、医科歯科連携
4. 新たな入院料、「3つの機能」を軸に再編・統合へ
5. 看護必要度、前回改定で導入された3項目を見直し
6. 救急医療管理加算の評価、「次回改定以降に、引き続き検討」
7. 退院支援加算、「アウトカム評価を入れるような検討も」
8. 入院中の新たな褥瘡発生を予防するため、褥瘡対策を推進

【概要】

この日は、総会に先立ち診療報酬基本問題小委員会が開かれた。小委員会では、平成30年度改定に向けたDPC制度の対応について、中医協の診療報酬調査専門組織「DPC評価分科会」がまとめた検討結果について審議し、大筋で了承した。

続いて開かれた総会では、小委員会が出された意見を厚労省の担当者が報告した。委員の発言はなかった。

総会の議題は、①診療報酬基本問題小委員会からの報告、②最適使用推進ガイドライン、③薬価調査、特定保険医療材料価格調査の結果速報、④歯科医療（その2）、⑤入院医療（その8）——の5項目。

このうち④は、5月31日に続いて2回目となる審議。⑤では、現行の入院基本料を「3つの機能を軸とした新たな入院料」に再編・統合する案が示された。

【詳細】

1. 平成30年度改定に向けた「DPC制度の対応案」がまとまる

平成30年度改定に向けた「DPC制度（DPC/PDPS）の対応案」がまとまった。11月29日に開催されたDPC評価分科会で了承を得た内容を同分科会長が報告した。

この報告書は、7月5日の中医協基本問題小委員会でも了承された検討方針に基づいて同分科会で引き続き検討し、その結果を取りまとめたもので、①医療機関別係数、②算定ルール、③退院患者調査の見直し——の3項目で構成されている。

このうち①では、現在「Ⅰ群」「Ⅱ群」「Ⅲ群」としている医療機関群の名称を変更する方針が示された。最も多くの医療機関が所属するⅢ群は「DPC標準病院群」、大学病院本院から構成されるⅠ群は「大学病院本院群」、Ⅱ群は「DPC特定病院群」とした。

調整係数からの置き換えが完了する「機能評価係数Ⅱ」については、6つの係数を基本軸とし、「後発医薬品係数」は「機能評価係数Ⅰ」で評価し、「重症度係数」の評価は行わない方針が示された。

2. 薬価の平均乖離率は約9.1%、後発品シェアは約65.8%

薬価改定の基礎資料となる「医薬品価格調査（薬価本調査）」の速報値が公表された。公定薬価と市場実勢価格との平均的な乖離率は約9.1%で、前回の平成27年調査から0.3ポイント拡大した。流通を安定させるための調整幅（2%）を差し引くと、平成30年4月の薬価改定では、薬価ベースでマイナス約7.1%の引き下げを行うことになる。今回の調査は、平成29年9月取引分を対象に実施した。

投与形態別に乖離率を見ると、「内用薬」10.1%（薬価ベースでの占有率61.0%）、「注射薬」7.2%（同28.4%）、「外用薬」8.2%（同10.5%）、「歯科用薬剤」▲4.0%（同0.1%）。主要な薬効群別の乖離率では上位から、「その他のアレルギー用薬」14.5%、「血圧降下剤」13.3%、「消化性潰瘍用剤」13.1%となった。一方、「歯科用局所麻酔剤」に関しては▲5.8%と、いわゆる「逆ザヤ」の状態が生じている。

また、後発医薬品の数量シェアは約65.8%で、前回調査時の56.2%から9.6ポイント増えた。

同日の総会では、特定保険医療材料価格調査の結果も公表された。平均乖離率は約7.0%だった。

3. 地域包括ケアシステムの構築の推進へ、医科歯科連携

次期改定に向けて2回目となる歯科医療のテーマは、①地域包括ケアシステムの構築の推進、②歯科外来診療における院内感染対策、③口腔疾患の重症化予防、口腔機能低下への対応等——の3項目。このうち①では、「医科歯科連携」「病院併設歯科の評価」「かかりつけ歯科医機能の評価」を挙げた。

医科歯科連携については、周術期口腔機能管理をさらに推進するため、全身麻酔下で手術を行った急性期脳血管疾患患者で術後の誤嚥性肺炎のリスクが高い患者や低栄養状態の患者等について、術後早期に口腔機能管理を開始した場合は周術期口腔機能管理の対象とするなど、対象患者の拡大を図る方針を示した。

また、診療情報の共有の評価も挙げた。歯科診療を行う上で必要な診療情報や、処方薬剤の情報などの医科医療機関への問合せ、それに対する医科医療機関からの診療情報の提供など、「診療情報提供料（Ⅰ）」の要件に該当しない医科歯科間の情報共有を評価する意向も示した。

「診療情報提供料（Ⅰ）」の歯科医療機関連携加算については、在宅歯科医療における

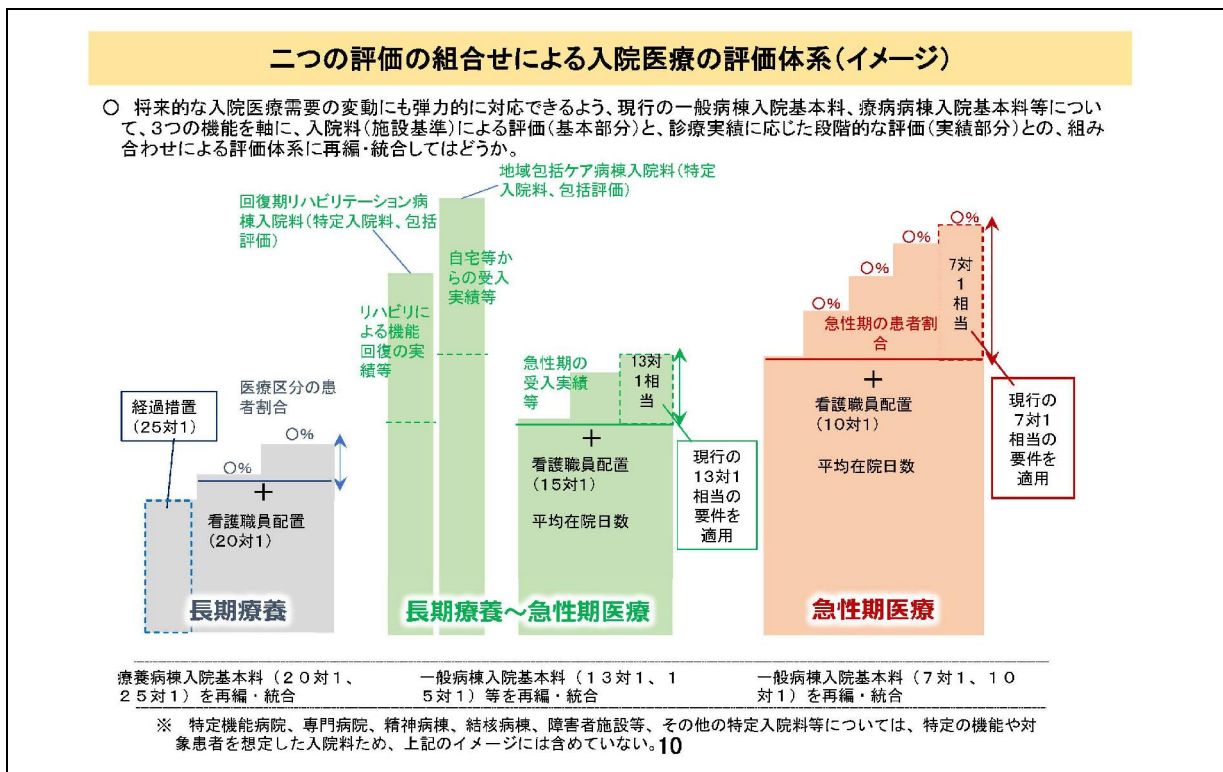
医科歯科連携を推進するため、現在、在宅療養支援歯科診療所となっている紹介先歯科医療機関の対象範囲を「歯科訪問診療を実施する歯科医療機関」に見直すほか、「栄養障害を有する患者」のみではなく、摂食・嚥下障害がある場合や疑われる場合について当該加算の対象となるように見直す方針も示している。

4. 新たな入院料、「3つの機能」を軸に再編・統合へ

「入院医療（その8）」は、①入院医療の評価体系、②救急医療（その2）、③短期滞在手術等基本料、④入退院支援、⑤データ提出加算、⑥入院患者に対する褥瘡対策——の6項目。

このうち①では、前回（11月24日）の提案をさらに進める形で、「現行の入院基本料については、基本的な考え方にある3つの機能に対応した評価体系となるよう、3つの機能を軸とした新たな入院料に、再編・統合してはどうか」、「新たな入院料は、3つの異なる機能に対応できるよう、基本部分の基準と診療実績に応じた段階的な評価の指標は、それぞれの特性に応じて設定することとしてはどうか」と提案した。支払側は賛成した。診療側は反対しなかったが、日本看護協会は抵抗を見せた。

今回示された「3つの機能を軸とした新たな入院料」は、「急性期医療」「急性期医療～長期療養」「長期療養」となっている。このうち「急性期医療」は、一般病棟入院基本料（7対1、10対1）を再編・統合する。「急性期医療～長期療養」は、同基本料（13対1、15対1）を再編・統合。「長期療養」は、療養病棟入院基本料（20対1、25対1）を再編・統合する方針（＝下図参照）。



(12月6日の総会資料「入院医療（その8）」P10から引用)

■ 「入院医療評価手法の基本的な考え方（案）」を示す

厚労省はまた、「入院医療評価手法の基本的な考え方（案）」も示した。「基本部分」の評価については、看護職員等の配置や平均在院日数など、現行の施設基準の指標を用いる。各入院基本料に関連する加算等については、原則として、現行の入院基本料との整合性を確保しつつ、新たな評価体系に再編・統合する。

一方、「診療実績に応じた段階的な評価」については、「多様な医療ニーズに対応した、診療内容や患者の状態、アウトカムといった変動的な要素をよりの確に把握できるような指標や評価手法が求められる」と指摘。次期改定では、「患者割合に関する現行の指標（今回改定での見直しがあればその内容を反映させた重症度、医療・看護必要度、医療区分）を用いて評価する」とした上で、これらの評価手法について「今回の改定後、関係者の意見も踏まえつつ、より適切な指標や評価手法の開発に向けた対応を行う」としている。

■ 段階的な評価部分について、「複数の選択肢が設定されるような基準値」を検討

基準値については、「原則として、既存の基準値等の実績値を参考に、段階的な評価部分について、複数の選択肢が設定されるような基準値を検討する」とした。

「段階的な評価部分の基準値」については、新たな評価体系への再編・統合を進めるため、現在、経過措置となっている「病棟群単位での届出医療機関」、「200床未満の経過措置の対象となっている医療機関」が新たな評価体系を選択できるよう一定の配慮を行う方向で整理する。

3つの機能別の評価については、一覧表にまとめている。新たな入院料の名称や重症患者割合は空欄になっている。

5. 看護必要度、前回改定で導入された3項目を見直し

一般病棟用の重症度、医療・看護必要度（看護必要度）について、平成28年度改定で導入された項目のうち3項目を変更した場合のシミュレーションを示し、看護必要度の見直しが了承された。

看護必要度の評価項目の定義変更と重症患者の判定基準の追加

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）を、救急医療管理加算の算定患者（2日間）とする
3	C項目の開腹手術について、所定日数を5日間から4日間にする

(12月6日の総会資料「入院医療（その8）」P24を基に作成)

厚労省は11月24日の総会で見直しを提案したが、支払側からシミュレーションの提示を求められた。このため厚労省は、複数のパターンに分けて該当患者割合の分布の変化を分析。「各項目別にその項目のみを追加した場合の影響をみると、基本的な考え方からす

れば、いずれの項目も活用可能と考えられた」とした上で、「今回分析した3つの項目については、より適切な評価につながるよう、現行の判定基準にすべて取り入れることとしてはどうか」と提案した。

了承されたが、2つめの項目については支払側から「救急医療管理加算1」に限定するよう要望があった。

6. 救急医療管理加算の評価、「次回改定以降に、引き続き検討」

救急医療については、「救急医療管理加算」と「夜間救急における看護体制の充実」をテーマに挙げた。このうち「救急医療管理加算」については、「DPCデータ等による調査結果を踏まえ、次回改定以降に、引き続き検討をしていく」とし、次期改定では現状を維持する方針を示した。

調査によると、前回改定で800点から900点に引き上げた「救急医療管理加算1」は減少傾向だが、400点から300点に下げられた「加算2」は増加している。加算の区分が2つに分けられた平成26年から「加算1」が減少し、「加算2」が増加しているため、同加算のあり方が中医協の分科会で問題になっていた。

■ 夜間の救急外来の看護職員による救急搬送患者への対応を評価

夜間救急における看護体制の充実については、①二次救急医療機関における重症救急患者の受入体制、②病床規模の小さい病院における夜間の救急外来と病棟の看護体制の確保——の2項目を挙げた。

このうち①については、二次救急医療機関の夜間の救急外来に配置された看護職員による救急搬送患者への対応についても評価の対象とする意向を示した。厚労省は「救急搬送以外の救急患者への対応については診療報酬上評価されているが、救急搬送患者に対する対応は評価されていない」と指摘している。

■ 二次救急の確保へ、夜間の看護職員配置を満たさない場合の評価を設定

②については、地域の二次救急医療体制を確保するため、「夜間の看護職員配置を満たさない場合の評価を設定してはどうか」と提案した。診療側は賛成したが、支払側から医療安全などを危惧する声もあった。

調査によると、二次救急医療機関は200床未満が多く、夜間の救急外来の看護職員は専従ではなく、病棟業務と救急業務を兼務している医療機関が多かった。

現在、病棟配置の看護職員が救急外来で業務すると、夜間の病棟配置数によっては、病棟における夜間の看護職員配置要件を満たさない取り扱いとなっている。例えば、夜勤帯に病棟の看護職員が2名の場合、1名が救急外来で業務すると、入院基本料の施設基準を満たさない場合がある。このため、厚労省は「患者数の少ない病棟」「病棟の患者の容体」「看護補助者の配置」などの一定の要件下に限り、夜間の看護職員配置を満たさない場合の評価を設定する意向を示した。

7. 退院支援加算、「アウトカム評価を入れるような検討も」

「入院医療（その8）」の資料（全162ページ）のうち、「入退院支援」が約3分の1（54ページ）を占めた。今回取り上げたテーマは、①早期からの退院支援、②退院に向けた関係機関の連携、③小児への退院支援——の3項目で、このうち②に多くのページを割いている。入退院支援に関する提案について反対意見はなかったが、支払側から「退院支援加算にアウトカム評価を入れるような検討もしていただきたい」との要望があった。

①では、入院早期から関係機関と協力して支援が必要なケースについても「退院困難な要因」として、退院支援の対象となるよう明確化する方針を示した。

②では、地域連携診療計画に関する評価について、「退院支援加算2」を算定する医療機関も対象とする意向を示した。また、退院時の共同指導をより実施しやすくするために、職種や関係機関の要件を見直すことも提案した。このほか、退院支援が必要な患者で、関係機関と共同指導ができなかった場合に限り、療養上の情報を退院後の主治医や配置医、訪問看護ステーション、介護施設などに提供することを評価する方針も示している。

③については、退院支援加算の対象者や算定要件などについて、小児を診療する医療機関に対応する内容に見直すことを提案した。厚労省は「地域で支援を受けながら生活していくために、多くの関係機関との調整や連携が求められる」としている。

8. 入院中の新たな褥瘡発生を予防するため、褥瘡対策を推進

入院患者に対する褥瘡対策については、①入院中の新たな褥瘡発生予防、②ADL維持向上等体制加算における褥瘡評価、③療養病床における褥瘡対策——の3項目を挙げた。

このうち①では、入院時に行う褥瘡に関する危険因子の評価の中に、スキンケア（皮膚裂傷）を加えるほか、「褥瘡ハイリスク患者ケア加算」の対象者に、医療関連機器の長期使用者を加える方針を示した。入院中の新たな褥瘡発生を予防するために、適切なリスクアセスメントに基づく予防と管理を実施するのが狙い。

②については、「ADL維持向上等体制加算」のアウトカム評価として求めている院内褥瘡発生率を緩和する意向を示した。現行では、院内褥瘡発生率が1.5%未満であることを求めているが、厚労省は「1病棟のみで同加算を算定する場合等は、当該病棟において1人でも新たに褥瘡が発生すると、施設基準を満たさなくなる」と指摘している。

③については、療養病床での褥瘡に関する評価を「入院時から統一した評価票」とする方針を示した。現在、療養病棟での褥瘡評価は、入院時の評価とは別の評価票で行われている。

また、褥瘡対策をさらに推進するため、褥瘡評価実施加算の要件に「アウトカムの視点」を取り入れる意向も示した。同加算は現在、「ADL区分3」の患者のうち9割以上で算定されている。

【今後の予定】平成29年12月8日（金）

2018 年度 診療報酬改定セミナー ～診療・介護報酬同時改定を踏まえて～

2018 年度は医療・介護報酬の同時改定とともに、第7次医療計画や介護保険事業計画等が施行される大きな節目の年です。2025 年問題に向けて、2018 年度の診療報酬改定は医療機関の方向性を決定づけるドラスティックな内容になると予想されます。

本セミナーでは、診療報酬を中心に長面川さより先生にご講演いただき、2025 年を迎えるための具体的な対策を立案できるよう予定しております。

- ◇ 講師：長面川 さより（なめかわ さより）先生
（株式会社 ウォームハーツ 代表取締役）
- ◇ 主催：株式会社ユアーズブレン 医業経営コンサルティング部
- ◇ 開催日：2018年3月3日（土曜日） 13：00～17：30
- ◇ 会場：TKP広島平和大通りカンファレンスセンター（中電前駅徒歩1分）
- ◇ 受講料：1名様 10,800円（料金税・資料代込、定員：150名）

期間限定！診療報酬改定情報メールマガジンを無料で配信予定です！

最新の改定情報を分かりやすくまとめた改定情報メールマガジンを無料配信予定です。ご希望の方はメールアドレスをご記入のうえ、ぜひお申込みください。

ネットで今すぐ検索！

ユアーズブレン 診療報酬

- * 受付後、受講案内を FAX 送付致します（3 営業日以内に連絡ない場合 お問い合わせ下さい）*
- * 複数名でお申し込みの場合は、本書をコピーまたは参加者一覧を添付してお送りください*
- * 弊社、同業の方からのお申込みはお断りしております、ご了承ください*

F A X : 0 8 2 - 2 4 9 - 7 0 7 0			
医療機関名 (必須)	TEL (必須)	()	
	FAX (必須)	()	
お名前 (必須)	e-mail		
	役職		
ご住所			
【いずれかに☑】 3 / 3 診療報酬改定セミナーへ <input type="checkbox"/> 参加する <input type="checkbox"/> 参加しない			
【いずれかに☑】 診療報酬改定メールマガジンの配信を <input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 希望しない			

TEL：082-243-7331 株式会社ユアーズブレン セミナー運営担当 真鍋・芝◇

弊社では、『認定医療法人』を検討されている医療機関様に対する支援等も実施しております。ご要望・ご相談をご希望の方は、082-243-7331（担当：井手・春木）までお問合せください。